

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N° 785

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon CALLANDRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.

Licencié ès Sciences.

Diplômé de bactériologie.

Médecin colonial de l'Université de Paris.

Né le 3 juin 1914, à Amplepuis (Rhône).

L'Ulcère
de la Deuxième Portion
du Duodénum

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon CALLANDRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.

Licencié ès Sciences.

Diplômé de bactériologie.

Médecin colonial de l'Université de Paris.

Né le 3-juin 1914, à Amplepuis (Rhône).

L'Ulcère
de la Deuxième Portion
du Duodénum

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI	Robert DEBRÉ.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	MONDOR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie et thérapeutique générales	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARL.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL-LAVASTINE	FIESSINGER.
Anatomie pathologique	CHIRAY.	LOEPER.
Histologie	CARNOT.	CLERC.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	LEREBoullet.
Thérapeutique	NOBÉCOURT.	H. CLAUDE.
Hygiène et médecine préventive	GOUGEROT.	GUILLAIN.
Médecine légale	LEMIERRE.	CUNEO.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOSSET.	GRÉGOIRE.
Pathologie expérimentale et comparée	LENORMANT.	TERRIEN.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHEVASSU.	COUVELAIRE.
Clinique médicale	JEANNIN.	LÉVY-SOLAI.
Hygiène et clinique de la première enfance	MOCQUOT.	OMBRÉDANNE.
Clinique des maladies des enfants	RATHERY.	LEMAITRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Pierre DUVAL.	Maurice VILLARET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TROISIER.	MATHIEU.
Clinique des maladies du système nerveux	LAUBRY.	Clovis VINCENT
Clinique des maladies infectieuses	N...	HAZARD.
Clinique chirurgicale	JOVELACQUET	MULON.
Clinique ophtalmologique	OLVIER.	SANNIE.
Clinique urologique	VERNE	
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique de cardiologie		
Clinique de neuro-chirurgie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE ... Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIERE. Pathologie médicale.
BARIETY ... Pathologie médicale.	COSTE ... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON ... Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale	FEY ... Urologie.
BEZANÇON	FUNCK ... Pathologie chirurgicale.
(Justin) ... Hydrologie.	GALLIARD ... Parasitologie
BOULIN ... Pathologie médicale.	GASTINEL ... Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA ... Pathologie médicale.	



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTURJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY .	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-KALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie cette thèse.

Leur affection sans cesse présente à mon cœur, leurs sacrifices de chaque instant m'ont permis d'arriver à cette étape ultime. Je ne pourrai jamais assez leur exprimer ma reconnaissance infinie et ma profonde tendresse.

A MES GRANDS-PARENTS

En hommage très affectueux et en témoignage de vive gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

A MADAME ET MONSIEUR LABROSSE

A MON AMI, HUMBERT PIERANTONI

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de la clinique des maladies infectieuses
à l'Hôpital Claude-Bernard.
Membre de l'Académie de Médecine.

*Je le remercie très respectueusement du
grand honneur qu'il me fait de présider mon
jury de thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL BRULE

Médecin de l'Hôpital Tenon.

*Qui m'inspira le sujet de cette thèse. Je
conserverai toujours le souvenir de l'accueil
si bienveillant qu'il me réserva dans son
service, de la sollicitude qu'il ne cessa de
me témoigner. Son enseignement sera pour
moi le guide le plus sûr dans l'accomplisse-
ment de ma tâche quotidienne. Qu'il per-
mette à un élève, en ses heures tragiques où
la famille médicale française prend plus de
signification à notre cœur, de lui exprimer
toute sa reconnaissance émue.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux.

Que je remercie vivement de ses précieux conseils.

Je ne puis évoquer sans un mouvement de très respectueuse sympathie la sévérité et l'attention toutes paternelles avec lesquelles il s'attacha à nous donner à tous des habitudes de travail méthodique, n'en demandant la substance qu'à la clinique la plus rigoureuse. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

AU DOCTEUR EMILE GILBRIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Avec mes remerciements pour l'extrême amabilité avec laquelle il n'a cessé de me prêter son concours et de me donner tous les conseils utiles dans l'élaboration de ce travail.

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE LYON ET DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
ET DE L'INSTITUT D'ETHNOLOGIE

INTRODUCTION

Dans sa description magistrale des ulcères duodénaux, BUCQUOY, en 1883, avait signalé l'ulcère de la deuxième portion du duodénum en insistant sur sa rareté. Mais bientôt, à tort comme nous le verrons, à la suite de conceptions théoriques aussi erronées que schématiques, le texte de BUCQUOY se trouva déformé et l'on distingua un ulcère juxta-pylorique siégeant sur le versant duodénal du pylore et un ulcère duodénal dit ulcère duodénal vrai, ou ulcère type Bucquoy, dont le siège n'était pas précisé et qu'on localisait loin du pylore au niveau du genu superius ou de la deuxième portion du duodénum.

En fait, les progrès de la radiologie ont permis de bien distinguer deux variétés d'ulcère du duodénum : l'ulcère bulbaire d'une part, décrit par BUCQUOY, comme l'a montré R. A. GUTMANN en reprenant le texte de cet auteur, de beaucoup le plus fréquent; d'autre part, l'ulcère extra-bulbaire signalé également par lui. Ce dernier siège en aval du bulbe sur le genu superius ou sur les portions suivantes du duodénum : 19 fois sur 20 c'est alors sur la deuxième portion du duodénum qu'est située la lésion.

C'est à cette dernière localisation très spéciale que nous avons limité notre étude.

Bien que par sa fréquence l'ulcère du duodénum descendant fasse figure de parent pauvre à côté de l'ulcère du bulbe, sa connaissance n'en revêt pas moins un intérêt particulier. Par suite, en effet, de la proximité des voies biliaires et pancréatiques, l'ulcère de la portion descendante du duodénum présente une grande variabilité dans son aspect clinique et certains caractères spéciaux qu'il peut ainsi revêtir dépitent parfois les meilleurs cliniciens.

Nous verrons que dans plusieurs cas l'affection a été méconnue pendant des années. Or, on sait combien il peut être périlleux de laisser des malades porteurs d'un tel ulcère partir, guéris momentanément de leur crise, avec un vague diagnostic de gastrite, de périoduodénite, de cholécystite non lithiasique. Le pronostic d'un ulcère digestif, quelle que soit sa localisation, est toujours imprévisible; il faut toujours craindre la possibilité des complications majeures qui, pour certaines d'entre elles du moins, semblent être particulièrement fréquentes dans la localisation qui nous intéresse. Comme VIVIANI le faisait déjà remarquer, combien d'hémorragies intestinales cryptogénétiques reconnaissent peut-être pour origine un ulcère méconnu de la deuxième portion du duodénum. L'ulcère du duodénum descendant ne doit pas être, comme nous l'avons relevé trop souvent, un diagnostic d'intervention ou une découverte d'autopsie.

Nous verrons même qu'à certains points de vue il est plus aisé à reconnaître par la radiologie qu'au cours d'une laparotomie exploratrice.

Tous les chirurgiens, le docteur DEMIRLEAU en particulier, insistent sur la difficulté de mettre en évidence un tel ulcère à l'intervention. Parfois, il ne se manifeste seulement que par la présence d'adhérences au voisinage de la deuxième portion et par une induration pancréatique. S'il n'est pas toujours aisé de découvrir sur un estomac certains ulcères, il y a plus de difficultés encore à trouver cette lésion sur un duodénum profond, fixé, dont les parois postérieure et gauche sont adhérentes au pancréas et à la veine cave qui ne se laisse pas mobiliser.

Au cours des interventions chirurgicales, on ne pratique d'ailleurs jamais le décollement du duodénum; manœuvre délicate, elle ne permet elle-même de n'explorer que trois des quatre faces; la quatrième, pancréatique, restant hors de portée.

Il n'est pas rare non plus que le chirurgien éprouve une réelle surprise, quand, opérant un malade qu'il présume être porteur d'une perforation duodéno-pylorique, il ne trouve pas cette perforation à sa place habituelle sur le bulbe ou sur le canal pylorique; le temps de recherche en est alors prolongé, ce qui peut aggraver le pronostic opératoire.

L'examen radiologique de l'ulcère du deuxième duodénum, s'il est souvent délicat d'interprétation, n'en donne pas moins, dans la majorité des cas, une précision remarquable. Il doit être minutieux et sa technique bien connue. On risque de passer à côté du diagnostic si on ne recherche pas systématiquement chaque fois que, malgré le syndrome clinique, on ne

peut mettre en évidence aucune lésion dans les régions habituellement intéressées.

Une part peut sans doute dans quelques cas revenir à cet ulcère dans la genèse des périviscérites en général et des périoduodénites en particulier dont l'étiologie conserve encore tant d'obscurités.

Enfin, au point de vue thérapeutique, ces ulcères, par leur siège bas situé sur le duodénum, posent des problèmes bien spéciaux, notamment celui de la gastrectomie.

Pour toutes ces raisons, il nous a donc paru, sous l'inspiration de notre maître, le professeur M. BRULÉ, qu'il serait utile de revenir après d'autres sur cette localisation particulière de l'ulcère duodénal. A la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Tenon, faite par notre maître, nous avons observé en effet un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum dont nous rapportons l'observation inédite.

Le travail que nous présentons porte sur 88 cas authentiques que nous avons pu rassembler dans la littérature, sur notre observation personnelle et sur 10 cas inédits dont nous publions les observations de 4 malades que nous devons à l'obligeance du Docteur J. DEMIRLEAU, de Tunis.

HISTORIQUE

La localisation possible d'un ulcère digestif en aval du bulbe duodénal, en particulier sur la deuxième portion du duodénum, n'est pas une trouvaille récente. Le Musée de Guy's Hospital conserve un cas très ancien d'ulcus du deuxième duodénum qui avait détruit les parois et laissé à nu le pancréas. Cet organe formait la base d'un large ulcère chronique au centre duquel on voyait l'ouverture des conduits biliaire et pancréatique. Mais les premières observations paraissent être celles publiées par Fr. ROBINSON en 1868 et celle présentée l'année suivante par CASTRAUX à la Société Anatomique.

Dans le travail princeps de BUCQUOY sur l'ulcère duodénal, d'autant plus remarquable qu'il parut en 1883 bien avant l'ère radiologique, la localisation possible de l'ulcère duodénal sur la deuxième portion est, comme nous l'avons déjà signalé, parfaitement mentionnée et l'auteur en souligne déjà la rareté extrême par rapport à la localisation bulbaire. En 1908, PAUCHET publie une nouvelle observation d'ulcus perforé situé en aval du bulbe. Deux ans plus tard, William CARPENTER MACCARTY étudie deux autres cas d'ulcères situés au niveau de l'ampoule

de Vater dans son ouvrage sur la pathologie de la vésicule biliaire et des lésions associées.

Mais ce ne sont là que comptes-rendus opératoires ou découvertes d'autopsie et ce n'est qu'en 1920 qu'on trouve les premières observations cliniques et radiologiques, lorsque, à la Société des Hôpitaux de Paris, PARTURIER et AIMARD firent une communication dans laquelle ils déclaraient entre autres que l'ulcus du deuxième duodénum était le plus souvent associé à une ptose gastrique et duodénale. En 1921 et en 1922, PORTIS, THÉVENARD et CRANE publient de nouveaux cas d'ulcères localisés aussi à la deuxième portion du duodénum. LOSSEN et SHNEIDER ont décrit en 1923 une localisation analogue d'un ulcus qui s'était perforé, créant un abcès sous-hépatique avec adhérence à la vésicule biliaire. On avait porté un diagnostic exact en se basant sur l'examen radiologique. En 1926, les mêmes auteurs envisagent les ulcères post-bulbaires comme cause de sténose duodénale. Dans son étude d'ensemble sur les ulcères duodénaux, HERTZ rapporte en 1928 à la Société Nationale de Chirurgie trois cas d'ulcus de la portion descendante du duodénum. L'année suivante, à propos de dix cas, COMBY, dans sa thèse, attribue à l'ulcère une importance primordiale dans la pathogénie des périoduodénites.

A la même époque, BUSI, dans son volume sur la technique et le diagnostic radiologique du traité de TADDEI, expose les nombreuses difficultés du diagnostic différentiel entre un diverticule et l'ulcère de la portion descendante du duodénum.

C'est aussi du point de vue radiologique que VIVIANI et BIGNAMI ont examiné l'affection, en particulier dans la monographie parue en 1930 dans « Radiologia Medica ». Le premier a décrit 4 cas, puis en 1931 encore 3 cas d'ulcères extra-bulbaires du duodénum. Le deuxième présente 11 cas successivement en 1931 et en 1932. Entre temps, on note quelques observations isolées : de BOUSQUET et BROUSTET (1927), POLONY (1929), LEFÈVRE (1931), DAGNINI (1931), GALLART-MONES (1931), DUCASTAING (1932).

Récemment, nous trouvons les travaux de GAVAZZENI en 1934 et deux ans plus tard, une monographie détaillée de R. WOLKE dans Acta radiologia et celle de LUCARELLI.

En France, dès l'année 1934, le Docteur René A. GUTMANN consacre à ces ulcères un chapitre important dans son traité sur les syndromes douloureux de la région épigastrique et en 1937 le même auteur, en collaboration avec le Docteur NGUYEN-DINHVVANG, présente à la Société de Radiologie Médicale de France un travail d'ensemble portant sur 14 cas d'ulcères de la partie descendante du duodénum.

Par contre, cette localisation est à peine mentionnée dans le Traité de radiologie du duodénum de COTTENOT et Max LÉVY, comme n'offrant pas de particularités propres.

NOTIONS ETIOLOGIQUES

I. — Fréquence.

Si la connaissance de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum n'a pas été généralisée jusqu'à ces dernières années, c'est sans doute à cause de sa rareté. Lorsqu'on parle d'ulcère duodénal tout court, on entend par là celui qui a son siège sur le bulbe ou, beaucoup moins fréquemment d'ailleurs, sur le genu superius.

Sa fréquence est cependant loin d'être négligeable. Nous n'en voulons comme preuve que les différentes statistiques. Au siècle dernier, COLLIN, sur 262 cas d'ulcères duodénaux, en note 14 situés sur la deuxième portion du duodénum, ce qui fait une proportion très faible, à peine supérieure à 5 %. En 1910, RICARD et PAUCHET retiennent également un pourcentage identique. En 1928, HERTZ trouve un seul cas d'ulcus du duodénum descendant sur 25 ulcères duodénaux étudiés. VIVIANI constate que la fréquence de cette localisation est de 8 pour 100 de la totalité des processus ulcéreux duodénaux.

La plupart des autres auteurs, CARMAN, MACCARTY, MAYO, PERRY et MOYNIHAN dans sa statistique d'ensemble, s'arrêtent à un pourcentage analogue, un

peu plus fort cependant pour ce dernier qui retient le chiffre de 10 %.

Tous ces chiffres n'ont pas une valeur absolue : ils permettent seulement de fixer les idées. Cependant notre impression personnelle est que ce pourcentage est trop élevé, et que l'ulcère de D^{II} reste une rareté.

II. — Fréquence particulière dans certains groupes ethniques.

A Tunis, sur 60 gastrectomies faites, à l'hôpital indigène, en deux ans pour ulcères, le Docteur DEMIRLEAU a trouvé 10 fois une localisation sur le deuxième duodénum, ce qui donne un pourcentage de 16 %, notablement supérieur à celui qu'on trouve chez nous. Il semble en effet que les musulmans de l'Afrique du Nord présentent avec une particulière fréquence cette localisation d'un processus ulcéreux sur le duodénum descendant. Par contre, chez eux l'ulcère de la petite courbure est rare : sur 70 interventions pour ulcères, le Dr. DEMIRLEAU n'a trouvé que des ulcères duodénaux. Les Docteurs BRUN et RONCHOT de Tunis avaient déjà signalé des faits analogues chez les musulmans opérés à l'hôpital Sadiki.

Faut-il voir dans cette fréquence très grande des ulcères duodénaux, et parmi eux dans la fréquence relative des ulcères de la deuxième portion du duodénum, une différence raciale. Les auteurs précé-

dents, après avoir éliminé l'éthylisme et la syphilis, pensent que le régime alimentaire des indigènes de l'Afrique du Nord semble jouer un rôle. Les Arabes en effet mangent à toute heure, peuvent jeûner plusieurs jours, manger gloutonnement les jours suivants. Enfin, ils font un abus constant des sucreries, du piment et de l'huile qui rentre pour une très grande part dans leur alimentation, remplaçant le beurre et le saindoux.

L'absorption du piment chez un Européen qui n'est pas accoutumé entraîne une sialorrhée abondante, des crampes stomacales et quelquefois même des phénomènes de rectite douloureuse. On comprend qu'une pareille alimentation ne soit pas sans irriter la muqueuse gastrique et duodénale. Mais cela ne nous explique pas le pourcentage relativement élevé de localisations basses d'ulcus duodénaux. La pathogénie générale des ulcus est encore très mystérieuse. H. HANKE n'invoque-t-il pas maintenant la carence en vitamine C. A plus forte raison, il serait bien téméraire de vouloir déterminer les causes qui en fixent la localisation exacte sur telle ou telle partie du duodénum.

Néanmoins, la fréquence relative des ulcères du deuxième duodénum chez les musulmans tunisiens mérite d'être signalée et garde toute son importance pour les médecins et les chirurgiens qui exercent en Afrique du Nord.

L'ulcus extra-bulbaire n'est pas limité à la deuxième portion du duodénum : il peut se rencontrer aussi en particulier sur la troisième portion,

mais ce dernier cas est tout à fait exceptionnel, bien plus souvent il est alors situé sur le *genu superius* qui, anatomiquement parlant, ne fait pas partie du deuxième duodénum.

III. — Influence de l'âge.

L'âge frappé par l'ulcus du duodénum descendant est, d'une façon très générale, l'âge moyen de la vie : la plupart des malades oscillent entre 35 et 50 ans. Mais sur ce point on a trop présent à l'esprit le moment auquel ils se décident à venir consulter, qui le plus souvent est très postérieur au début de l'affection pour peu qu'on veuille fouiller leur passé et extirper de leur mémoire la notion de crises antérieures parfois très lointaines et atypiques auxquelles le malade n'a pas attaché d'importance par la suite parce que les symptômes se sont amendés d'eux-mêmes au bout d'un certain temps.

Nous pensons donc que le début de l'affection ulcéreuse se situe le plus souvent autour de la trentaine et même avant. Comme pour tous les ulcères digestifs, la notion d'âge n'a pas une valeur absolue pour le diagnostic. Il existe des extrêmes : le plus jeune malade est celui de THÉVENARD qui a onze ans et dont le syndrome ulcéreux remontait, à en croire l'observation de cet auteur, à l'âge de 6 ou 7 mois ! VIVIANI par contre, rapporte l'histoire d'un malade qui a présenté les premiers symptômes de l'affection à 63 ans seulement.

IV. — Influence du sexe.

En ce qui concerne le sexe des malades, la prédominance du nombre d'hommes est encore plus grande que pour l'ulcère du bulbe. Sur 93 cas, nous notons 75 hommes, soit 81 % et seulement 18 femmes, soit 19 %. Donc une femme environ pour 4 hommes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Siège.

La deuxième portion du duodénum, verticale et descendante, s'étend du col de la vésicule biliaire à la partie inférieure de la tête du pancréas : elle fait suite immédiatement au genu superius qui, anatomiquement parlant, n'en fait pas partie, elle est continuée par la troisième portion qui fait avec elle un coude de 90° environ. Notre étude ne comporte que les ulcères situés strictement dans les limites de cette deuxième portion. Sont donc exclus les ulcères relativement fréquents situés sur le genu superius et qui ont été fort bien étudiés, entre autres par R. A. GUTMANN.

L'ampoule de Vater située sur la face interne de la deuxième portion, en un point plus rapproché de la face postérieure que de la face antérieure, occupe généralement son tiers moyen et permet de distinguer un segment sous-vatérien et un segment sus-vatérien.

Ceci dit, nous avons cherché à déterminer quelles étaient les localisations exactes de l'ulcus dans la seconde portion.

Dans 42 cas, y compris notre observation person-

nelle, dans lesquels on ne s'est pas contenté de mettre l'étiquette « ulcus de la deuxième portion », voici la fréquence des diverses localisations précises :

A. *Segment sus-vatérien du deuxième duodénum.*

35 cas qui se répartissent ainsi :

- Partie supérieure de la face interne du deuxième duodénum : 7 cas.
- Partie supérieure de la face postérieure du deuxième duodénum : 5 cas.
- Partie haute de la face antérieure : 3 cas, dont 2 rapportés respectivement par LAGOUTTE et DUCASTAING affectaient cliniquement une forme latente et se sont révélés brusquement par une perforation entraînant une péritonite dramatique.
- Partie haute de la face externe du deuxième duodénum : 1 cas seulement rapporté par COMBY.
- Enfin, dans 19 cas, nous avons trouvé cette seule indication : partie supérieure de la 2^e portion du duodénum.

B. *Régions très voisines de l'ampoule de Vater.*

6 cas.

C. *Segment sous-vatérien du deuxième duodénum.*

1 cas unique rapporté par CRANE dans lequel l'ulcère entraîna une sténose sous-vatérienne.

De ces chiffres, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- En premier lieu, l'ulcère du deuxième duodé-

num est infiniment plus fréquent dans la partie située au-dessus de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire, remarquons-le en passant, avant que l'acidité du chyle gastrique ait subi l'action des substances alcalines, du suc pancréatique et de la bile.

— En second lieu, l'ulcère peut siéger sur n'importe quelle paroi du duodénum : néanmoins, la paroi postérieure et la paroi interne pancréatiques, les plus difficiles à explorer, sont beaucoup plus fréquemment intéressées par le processus ulcéreux.

Enfin, assez fréquemment, l'ulcère est situé très près de l'ampoule de Vater : ce fait a une grande importance pour comprendre les formes cliniques spéciales de cet ulcère et les diverses complications que nous examinerons plus loin.

II. — Coexistence avec un autre ulcère.

L'ulcère du deuxième duodénum est généralement unique, cependant il peut coexister avec un autre ulcère digestif.

HERTZ, dans son cas N° XVII, rapporte l'observation d'un malade de 24 ans qui présentait deux ulcères : un premier ulcère cicatrisé blanchâtre, juxta-pylorique sur la face antérieure du bulbe et un autre, une ulcération perforée, sur le fond formé par le pancréas contre le bord interne de la deuxième portion du duodénum.

Dans l'observation de CABANIE, un ulcère du

deuxième duodénum coexistait avec une cicatrice d'ancien ulcère au niveau du pylore.

Dans le cas très ancien conservé dans le musée de Guy's Hospital, on voit à côté d'un large ulcère chronique du deuxième duodénum, un autre ulcère plus petit situé sur la troisième portion.

Enfin COMBY rapporte un cas d'ulcère double du deuxième duodénum.

Il est probable que si l'on cherchait plus attentivement, au cours des autopsies d'anciens ulcéreux, la coexistence de plusieurs ulcères digestifs cicatrisés chez le même malade ou d'un ulcère cicatrisé avec un autre encore en évolution, on la rencontrerait d'une façon assez fréquente; qu'il nous suffise de rappeler que les théories modernes tendent à orienter la pathogénie des ulcères digestifs vers la notion de maladie ulcéreuse.

III. — Formes anatomiques.

Si l'on peut trouver au niveau de la deuxième portion du duodénum toutes les formes anatomiques classiques communes aux ulcères de l'estomac et du bulbe duodénal, dans la règle c'est l'ulcère chronique à évolution fibreuse dont il s'agit. Une zone scléreuse de plus en plus épaisse entoure la perte de substance. Au fur et à mesure que l'ulcère progresse, celle-ci s'étend et se soude avec les organes avoisinants. De cette façon, le fond de l'ulcère peut dépasser les tu-

niques duodénales, atteindre le foie, la vésicule ou, beaucoup plus souvent, le pancréas, sans entrer en communication avec la cavité péritonéale.

A ce stade, les bords de l'ulcère ne présentent plus les gradins caractéristiques de l'ulcère jeune, ils sont égalisés par la sclérose. La perte de substance revêt la forme d'un cratère qui paraît taillé dans un bloc de sclérose. C'est l'aspect caractéristique de l'ulcère calleux.

Ce plâtrage fibreux de l'ulcère du deuxième duodénum est parfois si important qu'il peut en imposer à l'intervention pour un néoplasme, comme le fait remarquer le Docteur J. DEMIRLEAU.

C'est ainsi que dans le cas N° 11, rapporté par MACCARTY, on sentait une masse dure à la fin du cholédoque, masse que l'on pensait, dit l'observation, être due à un carcinome de la tête du pancréas. Le malade étant décédé au 4^e jour, l'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum de 2 centimètres de diamètre.

Enfin, tous les auteurs insistent sur l'hyperhémie considérable de la région intéressée par l'ulcère qui constitue, nous le verrons, une difficulté opératoire de plus. Dans notre observation personnelle, le Docteur GAUDARD D'ALLAINES qui opéra notre malade parle de la vascularisation intense qu'il rencontra au voisinage de l'ulcère.

IV. — Rapports avec les organes voisins.

Les rapports anatomiques que la seconde portion du duodénum contracte avec les organes voisins, étant donné ce que nous avons dit de l'évolution anatomique de l'ulcus à son niveau, font comprendre maintenant les conséquences que peut avoir cette localisation.

En avant et à gauche, notre deuxième portion est en rapport avec la vésicule biliaire, à gauche elle est recouverte par le canal pylorique qui retombe sur elle et elle est intimement unie à ce niveau à la tête du pancréas. Elle est abordée à peu près à mi-auteur de son parcours par les canaux cholédoque, de SANTORINI et de WIRSUNG qui viennent s'y ouvrir au niveau de l'ampoule de Vater. A droite enfin, elle est en rapport direct avec le foie où elle creuse son empreinte.

Quelles vont être les réactions diverses de tous ces organes ?

Dans tous les cas, il existe une inflammation très considérable qui déborde largement la zone ulcéreuse, intéresse la première et la deuxième portion du duodénum, le péritoine de la région, la tête du pancréas, souvent la vésicule et l'angle hépatique du côlon.

Ces réactions inflammatoires ne se bornent pas longtemps à cette hyperhémie des divers éléments. A partir de l'ulcère, des adhérences se forment

qui peuvent réaliser les dispositions les plus variées, unir la vésicule au duodénum, la vésicule au pancréas, enserrant ainsi l'intestin sous un tunnel. Plus exceptionnellement, l'angle hépatique du côlon peut être englobé entre la vésicule et le pancréas, venant ainsi s'appliquer sur le duodénum qu'il écrase. Ces néoformations péritonéales peuvent même s'étendre bien au-delà de la région qui nous occupe et venir se manifester sur le pylore, l'estomac, la face inférieure du foie, le petit épiploon, le pédicule hépatique, le grand épiploon.

Sur les ulcères jeunes, les adhérences sont véla menteuses, assez lâches. Elles peuvent être facilement rompues.

Mais chez les malades porteurs d'un vieil ulcère qui évolue depuis des années, les adhérences sont au contraire très organisées, très denses, formant entre les divers organes qu'elles réunissent des feutrages fibreux à travers lesquels il est souvent difficile de retrouver le contour normal des divers viscères.

Il convient d'insister sur la fréquence très grande avec laquelle l'ulcère du duodénum descendant creuse dans le pancréas, déterminant un noyau de pancréatite : réaction parfois assez marquée pour simuler là encore un néoplasme. De nombreux chirurgiens y ont insisté (FINSTERER, BRUN, DEMIRLEAU).

D'autre part, si le processus ulcéreux siège à côté des orifices du canal cholédoque et du canal de Wirsung, le processus cicatriciel peut donner lieu à l'occlusion d'un, ou comme il arrive le plus souvent, des

deux conduits, avec les conséquences que l'on peut prévoir : KRAUSS, FORTES, FENWICH, MELCHIOR, MACKENZIE, CORTESE, en ont rapporté des cas.

De même dans l'observation N° 1 de MACCARTY, un ulcère du deuxième duodénum situé au niveau de l'ampoule de Vater avait déterminé une sténose complète du cholédoque à la base de l'ulcère.

Nous reproduisons ci-dessous quatre pièces d'autopsies dont on trouvera à la fin les observations correspondantes, et que nous devons à l'obligeance du Docteur J. DEMIRLEAU de Tunis.

Elles illustrent de façon très démonstratives les points importants que nous venons de développer.

Planche I.

Ulcère volumineux de la face pancréatique de la deuxième portion du duodénum s'accompagnant d'un énorme noyau de pancréatite. On a pratiqué sur le malade une gastrectomie pour exclusion.

Les suites abdominales ont été parfaites, mais une pneumonie caséuse a emporté le malade un mois après l'intervention.

On voit la partie supérieure fermée au niveau de la section chirurgicale. Une filiforme a été passée dans le cholédoque et ressort par l'ampoule de Vater. L'ulcère est juste au-dessus de celle-ci.

PLANCHE I.



SCHÉMA I.

- 1 sonde cholédocienne
- 2 fond de l'ulcère.
- 3 sonde intra-cholédocienne.
- 4 duodénum ouvert et étalé.
- 5 ampoule de Vater.

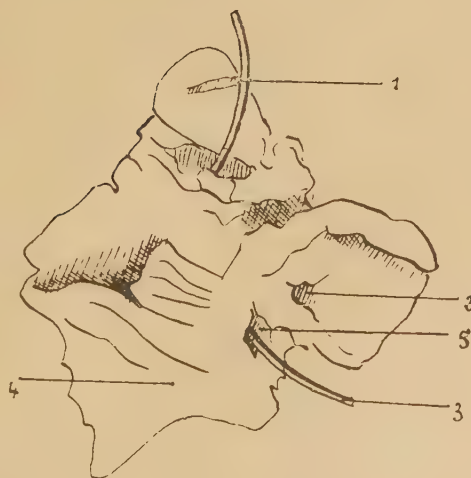


PLANCHE II.

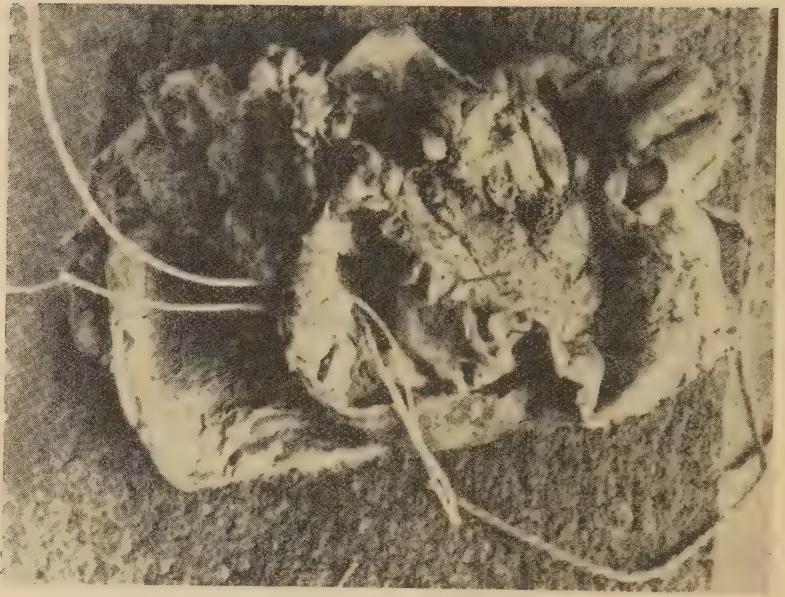


SCHÉMA II.



- 1 suture du moignon duodénal.
- 2 ampoule de Vater.
- 3 troisième portion duodénale.
- 4 lèvre externe de l'ulcère décollé du pancréas et ayant provoqué la péritonite. Les deux sondes sont dans la paroi.
- 5 deuxième duodénum ouvert. Ulcère.

PLANCHE III.



SCHÉMA III.

- 1 sonde intra-cholédocienne.
- 2 cholédoque.
- 3 fond de l'ulcère ayant ouvert le cholédoque où passe la sonde.
- 4 ampoule de Vater.
- 5 deuxième portion ouverte et étalée.

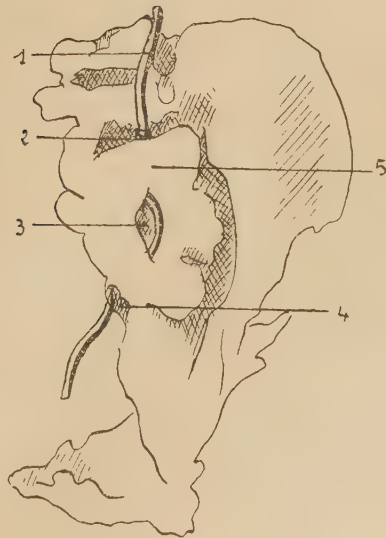


PLANCHE IV.



SCHÉMA IV.

- 1 ampoule de Vater.
- 2 moignon du deuxième duodénum suturé.
- 3 cholédoque.
- 4 sonde intra-cholédocienne.
- 5 ulcère.
- 6 pancréas.

Cette figure montre admirablement l'énorme retraction de la courbure pancréatique du duodénum qui fausse les rapports normaux.

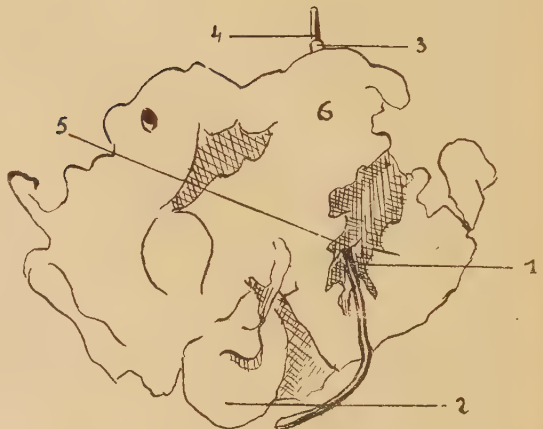


Planche II.

Enorme ulcère de la deuxième portion duodénale avec pancréatite. Malade mort au quatrième jour, après une gastrectomie pour exclusion, dans un tableau de péritonite due à la perforation de l'ulcère laissé en place.

On peut voir la lèvre externe de l'ulcère décollée du pancréas et qui a déterminé la péritonite. Sans doute les manœuvres opératoires y sont pour quelque chose, mais il est bien probable que cet accident serait survenu spontanément tôt ou tard, qui aurait posé un problème technique difficile à résoudre.

Planche III.

Ulcère de la face interne de la partie sus-vatérienne de la deuxième partie du duodénum.

On a pratiqué une gastrectomie pour exclusion après section première de l'estomac et anastomose type Finsterer. L'ulcère a été abordé par la face postérieure du duodénum. Son étendue était telle qu'il fut laissé en place. Le duodénum sectionné au ras de l'ulcère fut fermé en rabattant sa face externe conservée longue sur le pancréas.

Les suites d'abord simples furent compliquées d'une pleurésie et d'une péricardite avec épanche-

ment qui emportèrent le malade au 11^e jour.

On avait cru qu'il s'agissait d'un ulcère bulbaire. La pièce d'autopsie montre que c'est en réalité un ulcère de D^{II}. Le fond de l'ulcère est à 2 cm. au-dessus de l'ampoule de Vater. Il a rongé le pancréas et ouvert le cholédoque sur plus d'un centimètre. Une filiforme a été passée dans le cholédoque de part en part et fait une boucle au niveau de la brèche cholédocienne.

A noter en passant que l'ouverture du cholédoque au-dessus de l'ampoule n'a pas donné lieu, malgré l'ulcère, à une infection ascendante des voies biliaires.

Planche IV.

L'ulcère de la partie sus-vatérienne de la deuxième portion du duodénum.

L'intervention montrait un ulcus volumineux qui semblait être à la face postérieure du pylore et très haut dans le pancréas.

Une gastrectomie a été pratiquée de gauche à droite en abordant l'ulcère par sa face postérieure. La traction gastrique entraîna l'ouverture de l'ulcère qu'on fut obligé d'enlever. Comme il semblait qu'on soit très près du pylore, on décolla le duodénum du pancréas et on ferma le duodénum en bourse au-dessous de la zone ulcéreuse.

Le malade mourut à la 26^e heure dans le collapsus et l'agitation.

La pièce d'autopsie montra que l'ulcère s'étend sur toute la partie sus-vatérienne de la deuxième portion et que la section du duodénum a été faite sous l'ampoule.

On peut maintenant prévoir quelles seront les complications auxquelles peut donner lieu l'ulcère de la deuxième portion du duodénum. Parmi elles, les plus importantes sont la perforation, les hémorragies, la sténose le plus souvent partielle. Nous les examinerons dans un chapitre spécial.

Enfin, nous signalons que certains auteurs EWALD, MACKENZIE, JEFFERSON, ARRACHARCH, PERRY, SHAW, SESHROTTER, EICKHORST ont signalé une transformation maligne généralement carcinomateuse de l'ulcère du deuxième duodénum, quoique à titre exceptionnel. Nous n'avons pu retrouver leurs observations. LEFÈBRE, de Bordeaux, pense que cette éventualité n'est pas impossible, bien qu'il n'en ait pas publié d'observation. On sait que l'ulcère du bulbe ne se cancérisé jamais.

SYMPTOMATOLOGIE

L'aspect clinique d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum peut revêtir des modalités différentes d'un malade à l'autre par suite même de sa localisation spéciale, de sa proximité des voies biliaires, du canal cholédoque et du canal de Wirsung; il peut, par la prédominance d'un symptôme ou d'un autre, suivant le terrain sur lequel il évolue, suivant sa forme anatomo-pathologique et suivant enfin sa situation exacte dans cette deuxième portion, évoquer des affections si variées qu'il semble difficile au premier abord de décrire une forme habituelle et l'on est tenté d'envisager d'emblée une succession de formes cliniques.

Ce serait là une grave erreur : si polymorphe en effet que puisse paraître l'affection au point de vue clinique, lorsqu'on en parcourt quelques observations, on s'aperçoit que dans la très grande généralité des cas on peut mettre en évidence, sous une forme plus ou moins larvée, mais souvent très nette, le syndrome de douleurs périodiques survenant par crises si caractéristique de l'ulcère du bulbe duodénal, et par conséquent de l'ulcère duodénal tout court.

Ce syndrome est essentiellement constitué par des

crises douloureuses post-prandiales, durant quelques semaines, parfois quelques jours seulement. Elles sont séparées par plusieurs mois ou même des années d'accalmie complète, pendant lesquelles le malade ne ressent très souvent aucun symptôme.

Dans plus de la moitié des cas, des observations que nous avons pu dépouiller, nous avons trouvé le syndrome typique. Les périodes douloureuses durent en moyenne de 8 à 15 jours. Naturellement, elles peuvent être plus longues ou au contraire réduites à quelques jours seulement.

Les douleurs sont alors rythmées par les repas, mais l'horaire en est essentiellement variable : habituellement, elles sont semi-tardives, apparaissant en moyenne de 2 à 3 heures après une ingestion alimentaire. Chez notre malade, elles survenaient une demi-heure à une heure après les repas.

Très variable est également leur intensité : contrairement aux termes couramment employés, elles ne revêtent pas dans la plupart des cas, moins encore que dans l'ulcère duodénal, le caractère de brûlure, mais plutôt de crampes, de contractions douloureuses, de torsions. Parfois elles ne sont qu'une simple sensation de gêne, de pesanteur.

A l'extrême, leur intensité peut être très grande, obligeant le malade à se plier en deux, la paume des mains crispée sur l'épigastre comme pour empêcher, écraser l'atroce contraction douloureuse qu'il ressent. Leur durée est des plus capricieuses et il nous semble bien impossible d'opposer, comme MOYNIHAN voulait

le faire pour l'ulcère du bulbe : le rythme à trois temps de l'ulcère du duodénum : repas — bien-être — douleur, repas — bien-être — douleur, etc... — au rythme à quatre temps de l'ulcère gastrique : repas — bien-être — douleur — bien-être, repas, etc... De même, nous n'avons pas relevé souvent la fameuse sensation de faim douloureuse dont on parle tant dans l'ulcère du bulbe duodénal.

Quant au siège et à l'irradiation des douleurs, on pourrait s'attendre à trouver là un élément du diagnostic de la localisation particulière. En réalité, si le plus souvent elles siègent plutôt à droite, dans la région vésiculaire, ou plus bas, un peu à droite de l'ombilic, se propageant vers le flanc droit et l'épaule droite, les malades ne sont pas rares chez qui elles siègent dans la région épigastrique, s'irradiant vers la ligne médiane, dans la direction de la colonne lombaire ou dorsale. Il n'y a rien dans tout cela qui soit bien spécial à l'ulcère de la deuxième portion.

Cependant, il existe certaines nuances : les douleurs sont moins bien calmées par les alcalins et par l'ingestion alimentaire que dans la localisation bulbaire.

D'autres symptômes surajoutés, s'ils ne sont pas non plus l'apanage exclusif de l'ulcère du duodénum descendant, donnent par leur fréquence une allure un peu particulière à l'affection. Ce sont le pyrosis gastrique sur lequel VIVIANI, puis LUCARELLI ont insisté; les renvois acides, beaucoup plus que les vomissements vrais, des nausées, et souvent des céphalées :

signes qui, dans certains cas que nous examinerons, peuvent égarer le diagnostic.

Les vomissements ne sont pas particulièrement fréquents, sauf dans les vieux ulcères qui ont abouti à une sténose du deuxième duodénum dont nous parlerons au chapitre des complications : les crises ont d'ailleurs perdu alors leur allure franche pour faire place à un état de malaise continu. On peut même voir dans quelques cas des vomissements bilieux qui tendraient à faire admettre un spasme, voire une sténose sous-vatérienne.

L'examen physique du malade en période de crise ne fournit pas grand renseignement. La pression est douloureuse, non seulement au niveau des points coeliaques comme dans la plupart des affections douloureuses abdominales, mais surtout sur la ligne qui s'étend à partir de l'ombilic horizontalement à droite, ou qui légèrement oblique à droite, va rejoindre l'extrémité supérieure de la dixième côte. D'autres fois cette douleur est absolument diffuse, ailleurs elle est circonscrite au point pancréatique de Desjardin, au point de Mac Burney, ou encore, plus souvent peut-être, au point vésiculaire, comme nous le verrons, par suite des rapports intimes de voisinage de l'ulcère avec les voies biliaires. PARTURIER et AIMARD avaient construit des lignes savantes qui paraissent bien dénuées d'intérêt étant donné cette variabilité.

En dehors des complications que nous envisagerons dans un chapitre spécial, l'état général du malade n'est pas en règle très compromis. L'appétit est sou-

vent intact : l'amaigrissement n'est dû qu'à une restriction volontaire du malade qui veut éviter à tout prix les douleurs. Il est vite compensé dans les intervalles des crises : pendant des mois, les digestions peuvent alors être parfaites.

Les troubles du transit peuvent être insignifiants, bien qu'il y ait souvent une constipation opiniâtre.

En dehors des grandes hémorragies, hématomèses et plus souvent melœna, qui sont à la fois une complication et un symptôme de l'ulcère du deuxième duodénum au cours duquel elles sont particulièrement fréquentes, la recherche des hémorragies occultes dans les selles se montre positive par intermittences.

Mais l'aspect de la crise typique, telle que nous venon de la décrire avec son évolution cyclique, n'est pas en général celui que revêt la première poussée cliniquement décelable d'un ulcus de la deuxième portion du duodénum. Ici bien plus que dans la localisation bulbaire, il semble que l'affection reste pendant longtemps presque latente, peu douloureuse; il y a d'abord des ébauches de crises : pendant une semaine, deux semaines, ou un peu plus, le malade présente des nausées après le repas, une vague gêne épigastrique, quelques renvois acides. Tout rentre dans l'ordre jusqu'au jour où apparaîtront un melœna révélateur, une crise typique, une perforation, etc...

Enfin, nous avons dit au début que dans le tiers des cas de malades atteints d'ulcère du duodénum descendant, il était impossible de mettre en évidence le syndrome ulcéreux classique. Il faut savoir fouiller le

passé des malades, qui trop souvent sont uniquement préoccupés des malaises actuels, ne sachant pas les rattacher à ce qui s'est passé antérieurement. Souvent alors, on aura la possibilité de mettre en évidence une ébauche du syndrome ulcéreux classique plus ou moins démantelé et privé de ses principaux éléments.

Il faut attacher une importance primordiale au caractère cyclique périodique de certains symptômes qui incitera à pousser plus loin les investigations :

Dans le cas N° 1 de GAREN et BERNAY, c'est une très grosse hématomérose suivie de *melœna* qui se produit chaque année depuis cinq ans en pleine santé apparente, sans aucun phénomène douloureux, sans aucun trouble digestif; dans le cas N° 2 de ces mêmes auteurs, c'est une crampe épigastrique, isolée violente, sans lendemain, qui se produit tous les 2 ou 3 mois sur un fond de troubles dyspeptiques sans caractères, accompagnés de fréquentes nausées, de constipation et d'amaigrissement. De même, dans le cas de BOUSQUET et BROUSTET, une malade de 49 ans commença par présenter deux crises de vomissements dont l'une sans aucune douleur, séparées par plusieurs mois d'accalmie, après une nouvelle période de tranquillité absolue, se produisit un *melœna* foudroyant avec hématomérose qui entraîna la mort du sujet au 4^e jour.

Dans un cas tout à fait démonstratif, observé par R.-A. GUTMANN, à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, un homme de 50 ans présenta d'abord deux hématoméroses de sang rouge, à deux mois d'intervalle, sans aucun autre trouble; puis, trois mois plus tard,

se produisait un melæna suivi d'une période de trois années sans incident; un nouveau melæna abondant se produisit alors, entraînant une anémie intense avec tendance syncopale. Douze examens radiologiques faits en divers pays d'Europe étaient restés négatifs : sans doute n'avait-on pas songé à examiner attentivement le duodénum ascendant. Le Docteur R.-A. GUTMANN découvrit en effet sur ses clichés une image caractéristique d'ulcus situé un peu en aval du genu superius sur la seconde partie du duodénum.

Dans un autre cas observé également par R.-A. GUTMANN, un malade de 41 ans présentait depuis 12 ans des crises de nausées, de 15 jours environ, séparées par des intervalles d'accalmie de plusieurs mois. Un premier examen radiologique conclut à la probabilité d'un ulcère à cause de la spasmodicité de l'estomac. Une première opération ne décela aucune lésion, mais sur la persistance des troubles, un second examen radiologique montra une niche ulcéreuse typique du début de la deuxième portion du duodénum.

Dans ces 4 cas, la crise isolée a perdu tous les caractères de crise ulcéreuse typique : une seule chose reste caractéristique, : l'allure cyclique de la réapparition d'un symptôme ou d'une complication : hémartémèse, melæna, vomissements, nausées, qui permettent de faire penser à l'ulcère.

FORMES CLINIQUES

Forme latente.

Il est des cas où l'affection ulcéreuse du deuxième duodénum peut rester absolument latente, se révélant brusquement par une péritonite dramatique à la suite d'une perforation en péritoine libre : ou encore par une hémorragie foudroyante, *melæna* suivi ou non d'hématémèse : nous le verrons au chapitre des complications. Il n'y a rien d'ailleurs là qui soit spécial à cet ulcère, et nous connaissons tout aussi bien ces formes latentes dans l'ulcus du bulbe ou dans celui de la petite courbure.

Cette forme latente est relativement peu fréquente ; nous n'en avons trouvé que 4 cas dans la littérature, rapportés respectivement par LAGOUTTE, DUCASTAING, MOULONGUET, LUCARELLI.

Dans le cas de LAGOUTTE, il s'agissait d'un malade de 33 ans, transporté d'urgence à l'hôpital, avec un syndrome de péritonite aiguë typique. A l'intervention, on vit de la bile sortir par un orifice de la dimension d'une lentille situé sur la face antérieure de la deuxième portion du duodénum. Cet orifice siégeait au centre d'une petite masse indurée. Il n'y avait aucun passé digestif.

Dans l'observation de DUCASTAING, un malade de 23 ans, sans troubles gastriques antérieurs, fut pris brusquement de douleurs violentes dans la région épigastrique, accompagnées de vomissements alimentaires puis bilieux. L'intervention montra, en plus d'un appendice rétro-cæcal très enflammé, un ulcère perforé à la face antérieure de la partie moyenne de la deuxième portion du duodénum.

C'est encore une perforation brusque du deuxième duodénum que présentaient les malades respectifs de P. MOULONGUET et LUCARELLI. Nous reviendrons sur ces perforations au chapitre des complications.

*
**

A côté de cette forme qui n'appartient pas en propre à l'ulcus de D^{II}, il en existe d'autres qui lui sont particulières. Elles peuvent être rangées sous les rubriques suivantes.

Forme ictérique.

On en trouve 8 cas dans la littérature, rapportés respectivement par GALLART MONES, COMBY (cas III et IV), R.-A. GUTMANN (cas XII, XIII, XIV, XV), LEFEBRE.

Dans tous ces cas d'ailleurs, on trouve à l'opération une réaction fibreuse adhérentielle intense provoquée par l'ulcère. Le duodénum qui présente une péri-duodénite importante est littéralement couturé d'adhé-

rences au niveau de sa deuxième portion. Le voisinage des canaux biliaire et pancréatique explique le symptôme : il s'agit de vieux ulcères chroniques à évolution fibreuse. Le symptôme ictère n'est pas apparu d'emblée.

L'ictère apparaît d'une manière fugitive, se greffant sur le tableau habituel de l'ictère. Il est alors contemporain de la crise. Il s'accompagne du cortège habituel de symptômes, en particulier décoloration précoce des matières. Parfois il existe de la fièvre.

Dans le cas de LEFEBRE, le malade présentait tous les signes d'un ictère par rétention avec ascite, grosse vésicule et tumeur sous-hépatique, dû à un énorme ulcus calleux de la deuxième portion du duodénum, avec pancréatite chronique. Ajoutons que l'opération le débarrassa de tous ses troubles.

D'autres fois au contraire, l'ictère est contemporain de la première crise, il revient avec elle et s'éteint lui aussi dans les périodes d'accalmie.

Il est dû sans doute au fait que l'ulcère est très voisin de l'ampoule de Vater. Pendant la crise, la poussée d'œdème péri-ulcéreux enserre l'ampoule de l'extrémité terminale des canaux pancréatiques et cholédoque.

Formes avec lésions pancréatiques.

Nous avons déjà vu avec quelle fréquence l'ulcère du duodénum descendant provoquait une réaction du

pancréas souvent très importante. FINSTERER, BRUN, J. DEMIRLEAU y ont insisté.

A ces faits se rattache la possibilité d'une déficience de la sécrétion pancréatique externe. LUCARELLI attire l'attention sur elle, mais des recherches précises manquent sur ce point.

Quoiqu'il en soit, l'amaigrissement peut être alors marqué et les matières fécales abondantes et recouvertes d'une couche de graisses non digérées.

Par ailleurs, MACCARTY, dans son observation N° II, a rapporté un cas d'ulcus de D^{II} associé à une cholestyite calculeuse et très probablement à un cancer du pancréas.

Formes avec lésions hépato-vésiculaires.

MACCARTY pense qu'un ulcère du duodénum situé aux environs de l'ampoule de Vater peut déterminer une cirrhose. A l'appui de cette affirmation, il apporte une observation dans laquelle un malade mort de cirrhose du foie était porteur d'un ulcère voisin de l'ampoule qui avait entraîné une sténose complète du cholédoque à la base de l'ulcère.

Dans l'observation typique N° XVI de R. A. GUTMANN, un malade qui depuis plus de 25 ans souffrait de crises typiques d'ulcus, présentait à l'examen une augmentation du volume du foie avec sensibilité hépatique et point douloureux dans la zone de Chauffard. Des phénomènes hépatiques accompagnaient

toujours les poussées ulcéreuses. Ses clichés montrèrent un ulcère de la partie supérieure de D^{II} avec image de duodénite tout autour de lui.

Mais ceci est exceptionnel; ce qui se produit habituellement, c'est une réaction légère sur le système hépato-vésiculaire avec sensibilité hépatique diffuse et point de Murphy net qui existe dans 20 % environ de l'ensemble des ulcères du deuxième duodénum, traduisant une réaction vésiculaire simple.

S'agit-il d'une lésion de voisinage ou d'un phénomène plus général : répercussion toxi-inflammatoire de la lésion duodénale sur la vésicule ? Ces deux pathogénies doivent être en cause.

COMPLICATIONS

En dehors des répercussions que peut avoir l'ulcus du deuxième duodénum sur les organes voisins qui individualisent les formes spéciales : formes ictériques, formes avec lésions pancréatiques et biliaires, formes avec lésions hépato-vésiculaires que nous avons examinées au chapitre précédent, le processus ulcéreux peut, dans cette localisation particulière comme au niveau du bulbe, donner trois complications majeures : hémorragie, perforation, sténose.

Nous les examinerons successivement :

I. — HÉMORRAGIE.

Dans tout ulcère du deuxième duodénum, la recherche des hémorragies occultes dans les selles, si elle est pratiquée un nombre de fois suffisant et avec les précautions habituelles, peut se montrer positive d'une façon irrégulière, par intermittence : il s'agit là d'un symptôme et non d'une complication. D'autres fois, au contraire, le processus ulcéreux, dans son action destructive des parois duodénales, arrive à éroder la paroi d'un vaisseau artériel d'un calibre plus ou moins grand, entraînant alors une véritable hémorragie d'abondance diverse.

1. *Fréquence et modalité de l'hémorragie.*

Elle se traduit cliniquement soit par une hématomèse, soit plus souvent par un melæna, soit plus fréquemment encore par ses deux symptômes associés.

La fréquence de ses hémorragies est importante dans l'ulcère de la deuxième portion : dans notre statistique portant sur 93 cas, nous notons cette complication dans 25 cas, ce qui fait environ 26 %.

Au point de vue des diverses modalités présentées par l'hémorragie, ces cas se répartissent de la façon suivante :

Melæna isolé 9 cas;

Hématémèse isolée .. 2 cas, dont 1 cas personnel;

Melæna associé à une
hématémèse 14 cas.

Ces chiffres sont suffisamment démonstratifs par eux-mêmes et se passent de tout commentaire.

2. *Abondance et Formes cliniques de l'hémorragie.*

L'hémorragie, quelle que soit la modalité qu'elle revête, peut survenir dans deux conditions :

Dans un premier ordre de faits, elle survient au cours de l'évolution d'un ulcère du deuxième duodénum, connu ou non, mais s'étant manifestée par les symptômes habituels avant tout le syndrome de douleurs périodiques plus ou moins typique.

Suivant sa gravité, on distingue alors :

- une forme hémorragique simple,
- une forme hémorragique grave,
- une forme anémique.

1° *Forme hémorragique simple.*

La complication ne revêt pas ici un caractère de gravité immédiat : le malade présente, au cours d'une crise, des vomissements de sang : hématomèse, ou des selles noires marc de café, plus ou moins liquides : melæna; souvent le second symptôme accompagne ou suit le premier. Ces phénomènes s'amendent bientôt d'eux-mêmes et ne se reproduisent pas ou seulement à intervalles très éloignés, sans entraîner de troubles persistants de l'état général. Nous en relevons trois cas dans la littérature, rapportés respectivement par WOLKE (cas VII), R. A. GUTMANN (cas XVII), LUCARELLI (cas 17).

2° *Forme hémorragique grave.*

Dans cette forme, l'hémorragie abondante entraîne un état d'anémie momentanée nécessitant un traitement énergique dont le principal élément est la transfusion sanguine. Ce fut le cas de notre malade qui, à son entrée dans le service, présentait une abondante hématomèse qui céda toutefois rapidement au traitement.

D'autres fois, les choses vont encore plus loin. L'hémorragie prend d'emblée une allure extrêmement inquiétante ou se reproduit sans cesse, résistant à tous les traitements mis en œuvre. Elle peut entraîner la mort.

BOUSQUET et BROUSTET ont rapporté l'observation d'une femme de 49 ans ayant succombé à une telle hé-

morragie causée par un large ulcère placé sur la face interne pancréatique du deuxième duodénum qui entourait presque complètement l'ampoule de Vater. A l'autopsie, on découvrit deux vaisseaux ulcérés en avant et en arrière de l'orifice de l'ampoule de Vater.

WOLKE (cas I), puis COMBY (cas V), ont, eux aussi, rapporté 2 cas de malades morts d'une hémorragie provoquée par un ulcus du deuxième duodénum.

3° *Forme anémique.*

Enfin, au cours de l'évolution de l'ulcère, la répétition de grands épisodes hémorragiques qui ne présentent pas isolément une gravité immédiate au début, peut entraîner un état d'anémie chronique parfois intense.

R.-A. GUTMANN (cas XVIII) en a rapporté un cas, ainsi que COMBY (cas VIII). Tous deux furent guéris par l'intervention.

Dans un deuxième ordre de faits, l'hémorragie survient brusquement comme unique manifestation d'un ulcus du deuxième duodénum qui ne s'est traduit par aucun autre symptôme. L'hémorragie intestinale s'accompagne alors souvent de pâleur, de tendances syncopales.

WOLKE, dans sa monographie, en avait rapporté 5 observations (cas III, V, VI, IX, XI), R.-A. GUTMANN en a publié 2 autres (cas IX et XX). L'observation N° 1 de la publication de LUCARELLI rentre aussi dans cette forme qu'on peut appeler :

Forme hémorragique pure.

Elle est très importante à considérer. Combien, en effet, d'hémorragies intestinales restent sans étiologie précise.

Il est probable qu'un certain nombre de ces hémorragies digestives, sans cause reconnue, peuvent, comme le remarque fort justement VIVIANI, avoir pour origine un ulcère de la deuxième portion du duodénum qui, non sténosant, échappe à l'examen.

Le diagnostic de l'ulcère du duodénum dans une telle hémorragie monosymptomatique est particulièrement délicat : l'absence de signes radiologiques d'ulcère après une hémorragie digestive est actuellement en effet, bien connue. Il faut savoir attendre, revoir le malade et multiplier les examens radiologiques pour ne pas passer à côté du diagnostic et pouvoir mettre, par un traitement appliqué en temps utile, le malade à l'abri d'une hémorragie ultérieure plus abondante et parfois mortelle.

II. — PERFORATION.

Nous avons déjà dit que l'ulcère de la deuxième portion du duodénum est très souvent térébrant dans le pancréas; les tuniques duodénales sont alors détruites et le fond de l'ulcère est fermé par le pancréas.

Nous ne voulons parler ici que des perforations se traduisant soudain par le syndrome dramatique

connu. Nous n'en relevons sur les 93 cas d'ulcères de D^{II} que nous avons rassemblés, que 7 cas, ce qui fait un pourcentage de 8 % environ, chiffre assez important, on le voit.

Ici encore la perforation peut survenir brusquement, comme premier signe d'un ulcère jusque-là muet. Nous en avons relevé déjà 4 observations dans la forme latente, ceux de LAGOUTTE, DUCASTAING, MOULONGUET et LUCARELLI.

Ou bien elle survient au cours de l'évolution d'un ulcère connu. HUSTIN, POLONY, PAUCHET en rapportent chacun un cas guéri par l'intervention.

Dans notre observation N° III (Docteur J. DEMIR-LEAU), la perforation se produisit au 3^e jour d'une gastrectomie pour exclusion, l'ulcère ayant été laissé en place, l'exérèse en étant impossible.

III. — STÉNOSE.

Nous verrons au chapitre de la radiologie que le plus souvent la lumière du duodénum apparaît rétrécie au niveau de l'ulcère. Mais il ne s'agit là en général que d'un rétrécissement fonctionnel.

Parfois au contraire, l'ulcère du duodénum descendant peut créer, au cours de son évolution, des sténoses vraies, dans la règle incomplète, dans lesquelles trois éléments interviennent dans des proportions diverses suivant les cas : spasme, extension de la plage de sclérose créée par l'ulcus, périviscérite. Le tableau

clinique est alors modifié par l'adjonction des signes de stase duodénale : nausées, vomissements, migraine, amaigrissement. Les cas sont nombreux.

Citons celui rapporté par PERAIRE, celui de CRANE, l'observation de LOSSEN et SCHNEIDER, trois cas de VIVIANI, les cas XXII et XXIII de la publication de R.-A. GUTMANN et NGUYEN-DINHVVANG.

Nos observations N° II et N° III en sont de nouveaux exemples. Dans la première d'entre elles, il existait une sténose au-dessous du genu superius que le doigt ne parvenait même pas à franchir.

SIGNES RADIOLOGIQUES

Nous avons vu l'extrême difficulté, voire l'impossibilité, de poser cliniquement le diagnostic d'ulcus de la deuxième partie du duodénum. Sous cet angle, on ne peut qu'envisager le diagnostic générique d'ulcère : mais il faut toujours avoir présent à l'esprit, en face d'une affection digestive dont l'étiologie reste obscure, les formes atypiques infiniment plus fréquentes dans l'ulcère du duodénum descendant qui, suivant le cas, peut alors emprunter le masque de la cholécystite, d'une gastrite, des colites, d'une ptose, voire de l'appendicite. Il ne faut pas non plus négliger une melæna sans lendemain : s'il s'agit d'un ulcère, les complications majeures, hémorragie et perforation, sont toujours à craindre dans l'avenir si la thérapeutique n'intervient pas pour les prévenir.

Le problème à résoudre se pose donc en général de la façon suivante en schématisant les choses : on soupçonne un ulcère sur les voies digestives, en particulier sur le duodénum. Où est-il situé ? C'est à la radiologie qu'il appartient de résoudre la seconde partie du problème.

C'est parce que, malgré le syndrome clinique, on ne trouve aucune lésion sur les régions habituellement intéressées par l'ulcère, qu'on est amené à penser aux

localisations rares. Et avant de rejeter hâtivement le diagnostic d'ulcère pour conclure à des troubles fonctionnels ou à une affection d'un autre organe, il faut en premier lieu penser à examiner avec soin la deuxième partie du duodénum par la radiologie.

Cet examen radiologique est un examen délicat; plus que jamais, il doit être minutieux. Il exige de celui qui le pratique du temps et de la patience, une technique précise et un appareillage puissant.

Un examen mal fait, trop hâtif ou simplement incomplet, risque non seulement d'être sans valeur, mais aussi d'égarer le diagnostic.

La radioscopie ne présente ici plus qu'ailleurs qu'un moindre intérêt. L'image est si petite, elle se modifie si rapidement d'un moment à l'autre en raison des contractions et du cheminement du repas opaque particulièrement rapide dans le duodénum descendant, que la détermination précise d'un ulcus par la radioscopie seule est exceptionnelle et de toute façon incertaine. Elle ne peut apporter que des éléments de probabilité comme la fixité d'un point douloureux sur D^{II}, l'existence d'un spasme, voire un séjour anormalement long de la baryte dans le cas d'une sténose partielle du deuxième duodénum, enfin, signe indirect, hyperkinésie réflexe de l'estomac.

La radiographie est autrement démonstrative; seule elle fournit des signes de certitude.

Le moment le plus favorable pour l'examen est la poussée ulcéreuse : les signes radiologiques, en particulier la niche ulcéreuse, disparaissent souvent en

effet dans l'intervalle des crises ou après une hémorragie, comme l'a mis en évidence R.-A. GUTMANN.

Une seule radiographie peut ne présenter souvent qu'une valeur diagnostique restreinte : c'est parce qu'on n'a pas fait de clichés en série qu'on est passé bien souvent à côté du diagnostic. Pour le deuxième duodénum, plus que l'image elle-même sa constance sur toute une série de radiographies successives lui fait acquérir une valeur de premier ordre : il faut 8 à 10 films en moyenne pour aboutir à une conviction ; souvent d'ailleurs, le diagnostic d'ulcère exige plusieurs examens successifs.

Il arrive qu'une première série de films ayant donné un résultat négatif, une deuxième série, prise quelques jours après, montre des images typiques. Nous avons déjà cité le cas de ce malade observé par R.-A. GUTMANN dont 12 examens radiographiques étaient restés négatifs avant qu'on découvrit l'origine de ses troubles : un ulcus de D^{II}.

Certains radiologistes prennent les radiographies du duodénum en position debout, d'autres en décubitus ventral, la plaque en avant. Mais il est indispensable de prendre d'une façon systématique des séries de films successivement en position debout et en décubitus ventral. En effet, suivant les sujets, c'est l'une ou l'autre de ces positions qui dégage le mieux le duodénum et donne les images les plus intéressantes. Il va de soi que quelle que soit la position de l'examen, on placera le malade de face ou sous une obliquité variable de manière à dégager le mieux possible le cadre duodé-

nal. Pour les séries debout, une bonne compression est souvent très utile, et dans les cas difficiles on aura intérêt à prendre, suivant la technique de BERG, des radiographies sous deux incidences obliques avec une forte compression obtenue au moyen d'un petit localisateur compresseur. Dans les séries en décubitus, le malade doit être placé en décubitus ventral sur la plaque.

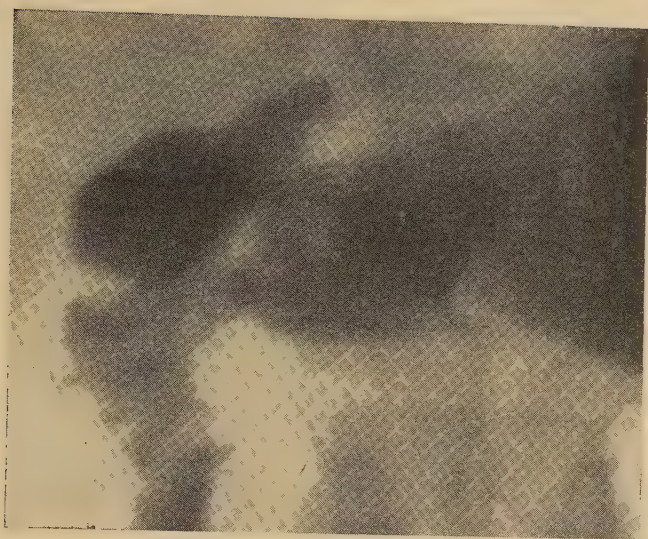
Ceci dit, les signes radiologiques de l'ulcère du deuxième duodénum ne diffèrent pas de ceux des autres localisations ulcéreuses : en particulier du bulbe. Le signe majeur en est la niche qui apparaît encore beaucoup plus nettement que sur la première portion. Il importe d'en bien préciser les caractères, car elle équivaut à une visibilité directe de l'ulcère.

Souvent, elle est très apparente lorsque vue de profil, elle se traduit par une petite tache ronde, hémisphérique, ou ovale, à contours plus ou moins irréguliers, mais bien marqués : son opacité particulière peut frapper d'emblée; elle est alors vue dans la concavité du duodénum.

C'est le cas habituel, et nous avons vu déjà que la localisation de beaucoup la plus fréquente de l'ulcère de D^{II} était la face interne pancréatique, dans la partie immédiatement sus-jacente à l'ampoule de Vater. La radiographie de notre cas personnel que nous reproduisons en est un exemple typique (Radiographie I).

Lorsque plus rarement la niche ulcéreuse se présente de face, son opacité tranche encore nettement

RADIOGRAPHIE I.



Ulcère de la deuxième portion du duodénum
(cas personnel, observation n° 1).

E : estomac.
D² : deuxième duodénum.
N : niche de l'ulcère.
I : incisure spasmodique en regard de l'ulcère.



sur celle du duodénum. En général, et particulièrement au cours d'une poussée ulcéreuse, un halo clair dû à l'œdème périulcéreux entoure alors la niche, la montant pour ainsi dire en épingle, en accentuant le contraste de sa tache opaque.

Il importe de répéter ici encore, surtout pour la niche de face, que, malgré sa netteté sur certains clichés, elle peut être difficilement décelable sur d'autres : c'est sa constance sur plusieurs images successives, avec ses détails morphologiques, qui font affirmer le diagnostic.

Dans les clichés debout, et lorsqu'elle est vue de profil, elle peut prendre le type de la niche de Hau-deck avec niveau liquidien et bulle d'air, mais c'est un aspect assez exceptionnel.

Les signes radiologiques adjuvants traduisent les modifications de la partie du duodénum intéressé par l'ulcère : c'est l'œdème périulcéreux, déjà mentionné, l'incisure spasmodique, importante, mais non constante ni pathognomonique, sur la paroi opposée en face de l'ulcère, très visible sur notre radiographie, la disparition des plis du duodénum qui perd à ce niveau son aspect caractéristique de feuille de fougère. Rarement, ils sont hypertrophiés, traduisant un processus de duodénite.

Souvent la zone avoisinant l'ulcère en aval et en amont peut apparaître rétrécie. Ce rétrécissement est dans la règle purement fonctionnel, notion sur laquelle insiste VIVIANI. Les contours, en effet, bien que rétrécis, changent de forme d'un cliché à l'autre : et

il n'y a pas, comme dans toute sténose organique, de rétro-dilatation.

L'œdème de la deuxième portion du duodénum semble jouer un rôle important pour constituer cet aspect de fausse sténose, comme l'a montré R.-A. GUTMANN : gonflant ses parois, il diminue d'autant le calibre duodénal, empêchant sa réplétion par la bouillie opaque.

Cette diminution du calibre duodénal est importante à considérer : elle peut même, quoique exceptionnellement, être le seul signe radiologique de l'ulcère : le cas N° XIII de la monographie de LUCARELLI en est un exemple. Mais des corps étrangers, des calculs, des adhérences, des néoplasmes, peuvent eux aussi déterminer une sténose ayant les mêmes caractères radiologiques. Nous ne pouvons alors que constater le siège de la sténose sans préjuger de son étiologie.

L'ulcus du deuxième duodénum peut d'ailleurs parfaitement réaliser une sténose organique : nous en avons parlé au chapitre des complications.

Enfin, un dernier signe radiologique relativement fréquent est l'ectasie de la portion du duodénum faisant suite à la portion intéressée par le processus ulcéreux, elle aussi sans doute purement fonctionnelle, due à un réflexe paralytique par suite des lésions nerveuses de la paroi duodénale, corrolaires fatals des phénomènes inflammatoires.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Au début du précédent chapitre, nous avons déjà insisté sur ce fait que l'examen radiographique était le temps capital sans lequel le diagnostic de la localisation particulière d'un ulcère sur le deuxième duodénum était pratiquement impossible. Aussi bien nous ne parlerons pas autrement du diagnostic clinique différentiel. Il n'y a qu'à se reporter aux formes cliniques spéciales auxquelles peut donner lieu l'ulcus de D^{II} pour imaginer tous les problèmes qui peuvent se poser en clinique et qui, en définitive, sont insolubles sans le concours de la radiologie. C'est donc avant tout le diagnostic radiologique différentiel qu'il nous faut envisager ici.

Nous avons déjà dit que dans les cas rares où l'ulcère du duodénum descendant ne se traduisait pas par une niche visible à la radiographie mais seulement, par exemple, par une diminution de calibre avec image de périoduodénite, il était impossible de faire un diagnostic. Seule la constatation de la niche permet de l'affirmer; voyons avec quoi elle peut prêter à confusion.

Une technique correcte d'examen du malade dans les différentes positions que nous avons indiquées permet facilement d'éliminer de suite, en présence

d'une ombre paraduodénale, un ganglion mésentérique calcifié, une concrétion péritonéale, un calcul rénal ou biliaire, enfin une superposition d'ombres entre la partie terminale de la première portion duodénale et le début de la deuxième portion.

Deux diagnostics différentiels parfois délicats se posent alors : différencier une niche d'ulcus d'un petit diverticule du deuxième duodénum, ou de l'image donnée par l'ampoule de Vater.

I. — Diverticule et ulcus de D^{II}.

Le diverticule autonome du duodénum n'est pas exceptionnel quoi qu'il soit difficile d'en apprécier la fréquence. HILLEMANT et GARCIA-CALDERON pensent que de nombreux diverticules sont méconnus. Ils sont assez souvent rencontrés, en effet, au cours des constatations nécropsiques. Leur apparente rareté est due à ce que beaucoup de malades porteurs d'un diverticule latent ne sont pas examinés radiographiquement.

D'après BENSAUDE et VASSELLE, 80 % des malades atteints ont dépassé la cinquantaine. Mais cette notion n'a pas une grande valeur pour le diagnostic différentiel avec l'ulcère puisque cette dernière affection, nous l'avons vu, bien que plus fréquente chez les jeunes, peut aussi bien se rencontrer à l'âge mûr. Réciproquement d'ailleurs on a publié des cas de diverticule duodénal chez des sujets jeunes.

Le siège de prédilection du diverticule duodénal

est comme pour l'ulcus extra-bulbaire la deuxième partie du duodénum, tout spécialement la région de l'ampoule de Vater.

Le diverticule peut être entièrement silencieux et ne donner aucun trouble fonctionnel; il constitue une simple découverte à l'occasion d'un examen radiologique; c'est ce qui se produit dans la majorité des cas. Cependant il peut provoquer l'apparition de troubles dyspeptiques sans caractères précis: sensation de poids dans la région épigastrique, brûlures; d'autres fois même le syndrome douloureux prend une plus grande acuité et rappelle dans une certaine mesure les douleurs de l'ulcère; c'est alors que le diagnostic différentiel avec l'ulcus de D^{II} prend radiologiquement toute son importance, d'autant qu'on a vu des patients porteurs d'un diverticule duodénal se plaindre de nausées, de vomissements pouvant s'accompagner de retentissement sur l'état général; d'autres présentent des hémorragies occultes ou massives (ROBINEAU et GALLY), voire des manifestations plus rares: ictère par compression du cholédoque, accidents infectieux graves par inflammation des parois du diverticule provoquée par la stase; beaucoup plus exceptionnellement des perforations, des duodénites, des abcès, etc...

C'est assez dire que, cliniquement, le diagnostic différentiel est impossible entre un ulcus du deuxième duodénum et un diverticule: c'est à la radiologie qu'il appartient de trancher la question. Ce diagnostic est délicat, quoiqu'en pense TOYE LAZARIN dans sa

thèse. CLAIRMONT, DE QUERVAIN, CASE, MOYNIHAN et d'autres auteurs ont rapporté à ce propos des cas de diagnostic radiologique erroné.

Nous reproduisons ci-contre (radiographie II) une image de diverticule pouvant prêter à confusion sur un seul cliché avec l'image d'ulcère.

Nous allons voir quels peuvent être les éléments du diagnostic différentiel. Celui-ci ne se pose naturellement pas en présence d'un gros diverticule se traduisant par une grosse image arrondie à contours nets reliée au duodénum par un pédicule et présentant en position verticale un niveau liquide surmonté d'une bulle d'air. Ce qui nous intéresse, ce sont les petits diverticules qui se rencontrent plus habituellement sur le bord interne du duodénum descendant, précisément le siège de prédilection de l'ulcus de cette portion.

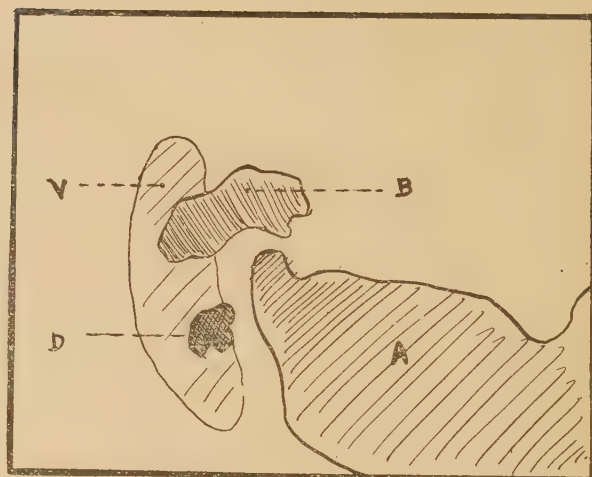
En premier lieu généralement, l'image du diverticule, contrairement à celle de l'ulcère, persiste même après l'évacuation duodénale complète. Parfois, elle est encore évidente après quelques heures, même après quelques jours. GREDER par exemple, l'a observé 24 heures après que le malade ait recommencé à manger, et AKERLUND a pu de nouveau la constater sur une radiographie de contrôle 5 jours après le premier examen radiologique. Cependant, il ne s'agit pas là d'un critère absolu : AKERLUND, CASE, JANES ont vu des diverticules duodénaux contrôlés sur la table d'opération qui se vidaient de la bouillie barytée en même temps que le duodénum par suite de

RADIOGRAPHIE II.



Petit diverticule de la portion descendante du duodénum.

- A : estomac.
B : bulbe duodéal.
D : diverticule duodé-
nal.
V : vésicule biliaire
injectée de tétra-
iode.



la largeur de l'orifice d'entrée du diverticule. Il eût fallu alors pour pouvoir fixer l'image du diverticule, faire appel à des méthodes d'examen très particulières. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que même l'ulcère pénétrant peut, dans certains cas, donner une image radiologique persistante après l'évacuation duodénale.

En second lieu, certains auteurs attachent une valeur diagnostique importante au passage des contractions de la paroi du duodénum sur les contours de l'ombre paraduodénale lorsqu'il s'agit d'un diverticule : mais là encore, il faut faire des réserves : si en effet cette particularité peut s'observer dans « les diverticules vrais » constitués par toutes les tuniques du tube digestif, assez rarement d'ailleurs pour COTENOT, Max LÉVY et CHÉRIGNE, elle n'a plus lieu pour ceux qui sont dûs à une simple hernie de la muqueuse duodénale et qui sont privés par conséquent de la musculature, élément indispensable pour le passage de l'onde contractile.

Il faut tenir compte en outre du fait que les parois diverticulaires sont très facilement sujettes à des phénomènes inflammatoires pouvant donner lieu à des péridiverticulites adhésives, si bien que l'insensibilité à la pression, la mobilité sous le doigt, données comme caractéristiques du diverticule, à l'inverse de l'ulcère perdent de leur valeur absolue.

En position verticale, ASSMANN attribue une valeur considérable à la présence d'une bulle d'air au-dessus de la substance opaque dans le cas d'un diverticule.

Cependant, elle peut exister aussi dans les ulcères du deuxième duodénum qui sont assez grands. Mais alors l'examen radiologique en série peut révéler des modifications éventuelles de la bulle d'air, prouvant la présence d'ondes contractiles et nous fournissent ainsi le moyen d'exclure l'ulcère.

En conclusion, la présence d'ondes contractiles modifiant l'ombre para-duodénale, la bulle d'air qu'on trouve parfois au-dessus de cette ombre constituent les seuls signes radiologiques que l'ulcère ne peut avoir en commun avec le diverticule. Nous voyons encore la nécessité absolue de faire des clichés en série. Mais si l'on peut avec certitude diagnostiquer le diverticule de l'ulcère pénétrant, il n'est pas possible de faire l'inverse à coup sûr, l'image d'ulcère ne possède aucun caractère pathognomonique étranger à l'ombre diverticulaire. Il apparaîtrait donc extrêmement délicat de différencier la niche ulcéreuse de D^{II} d'une image diverticulaire de cette portion du duodénum.

Cependant, toutes les difficultés que nous avons longuement exposées se réalisent exceptionnellement et sont un peu théoriques. En pratique, en présence d'un diverticule, les variations de l'élément spasmodique modifiant l'image obtenue, la bulle d'air, le pédicule, autorisent à affirmer le diagnostic: la moindre pratique de la radiologie duodénale permet d'éviter l'erreur de le confondre avec une niche ulcéreuse.

Mais une autre erreur à ne pas commettre est celle

qui consiste, sur la constatation d'un diverticule, à éliminer le diagnostic d'ulcère : les deux peuvent parfaitement coexister : cette erreur serait d'autant plus grave que s'il est plus sage de ne pas toucher à un petit diverticule, il peut être périlleux de ne pas traiter chirurgicalement en temps utile un ulcus du duodénum descendant par suite des complications graves auxquelles il peut toujours donner lieu et qui sont plus fréquentes encore dans cette localisation que dans l'ulcus bulbaire.

II. — Ampoule de Vater et ulcus de D^{II}.

Les difficultés sont plus grandes encore lorsqu'il s'agit de différencier la niche ulcéreuse de l'image de l'ampoule de Vater pour peu que celle-ci soit dilatée.

Cette ampoule, dans sa forme classique, présente un fond plat ou bifide : elle est alors en forme de T couché; radiographiée de profil, elle nous apparaît comme une petite ombre sessile bien isolée, située à mi-hauteur de la deuxième portion et dans sa concavité. Si en plus de l'ampoule les derniers tronçons des canaux pancréatique et cholédoque sont également injectés, son image apparaît bicornue et on la reconnaît très facilement, même lorsque l'extrémité afférente d'un seul des deux canaux est injectée, donnant à l'ombre une forme effilée.

Dans certains cas, l'aspect est bilobé; il peut être dû à la saillie de l'éperon qui sépare le cholédoque

du canal de Wirsung, quelquefois on note un plissement qui pourrait être dû aux valvules décrites par Claude BERNARD.

Dans certains cas favorables, en opacifiant la vésicule biliaire et en provoquant son évacuation, on peut obtenir l'opacification du cholédoque par la bile iodée et préciser ainsi les caractères du canal avec l'image du diverticule.

Mais quand seule l'ampoule est remplie par la bouillie, la difficulté peut être très grande. Un caractère très important est alors la variabilité de son image suivant les clichés. « Si le remplissage est inconstant et fugace, écrit BUSI, l'examen fait penser à l'ampoule de Vater; si au contraire il est constant et persiste pendant plusieurs heures, je ne connais pas jusqu'à ce jour un critérium particulier permettant de la différencier d'un diverticule para-vatérien ou d'un ulcère pénétrant de cette région ».

En pratique, il faut donc retenir en faveur de la dilatation ampullaire que son image, contrairement à celle d'ulcère, est variable et fugace par suite de sa contractilité, qu'elle ne s'accompagne pas de phénomènes péri-ulcéreux, enfin qu'elle n'est pas douloureuse électivement à la pression.

III. — Diagnostic avec certains ulcus bulbaires.

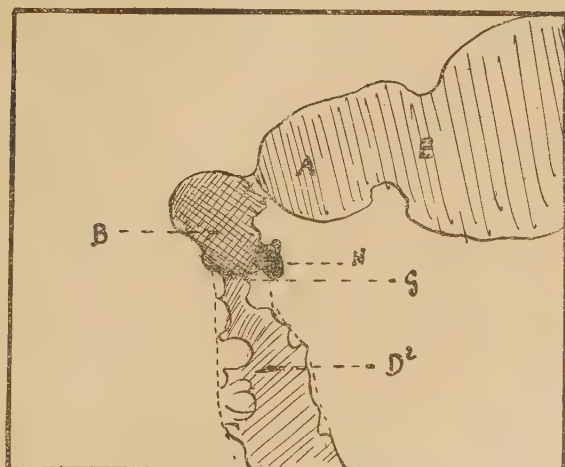
Une dernière cause d'erreur peut être constituée par une mauvaise localisation du siège de l'ulcère. Il existe en effet des cas, et nous en rapportons ci-

RADIOGRAPHIE III.



Ulcère du bulbe duodénal pouvant être pris pour un ulcère du duodénum descendant par suite du balancement du bulbe.
(cas personnel).

- A : antre pylorique.
- E : estomac.
- D² : deuxième duodénum.
- g : genu superius.
- B : bulbe duodénal.
- N : niche ulcéreuse.



contre un cliché personnel, où, à la suite de réactions inflammatoires ou d'adhérences, le bulbe est complètement modifié dans sa forme et surtout dans sa situation. (Radiographie III).

L'axe du bulbe, au lieu d'être sensiblement horizontal, bascule et devient vertical. Il se trouve dans le prolongement du deuxième duodénum. Le genu superius est abaissé et la base du bulbe est horizontale. Si, comme sur le cliché ci-joint, il existe un ulcère bulbaire, on est tenté de localiser l'ulcère sur la deuxième portion et de prendre le rétrécissement normal du genu superius pour un spasme au-dessous de l'ulcère.

Le diagnostic en pareil cas se pose facilement quand on examine les clichés. On recherche le bulbe et c'est son absence apparente qui permet de localiser exactement le siège de l'image ulcéreuse.

IV. — Autres causes d'erreur.

Elles sont exceptionnelles, LUIDBLOM, HERRXHEIMER, TANDOJA ont rapporté des cas rarissimes de diverticules cancéreux dont radiologiquement le diagnostic différentiel avec un ulcus était impossible.

De même, un cancer ulcéré du deuxième duodénum est une affection très rare dont le diagnostic est aussi impossible du point de vue radiologique qu'il est délicat au début sur la table d'opération.

Mentionnons enfin pour mémoire des aspects pseudo-ulcéreux dûs à des adhérences, à des brides.

TRAITEMENT

La thérapeutique de l'ulcère de la deuxième partie du duodénum est dominée par trois faits : la fréquence des hémorragies, l'existence d'une masse inflammatoire péri-ulcéreuse considérable, la proximité des voies biliaires et pancréatiques.

En l'absence d'hémorragies importantes, de perforation, de déficience marquée de l'état général, le traitement médical peut être tenté. Il ne diffère pas alors de celui appliqué à tous les ulcères digestifs. Il est constitué essentiellement par le régime, le bismuth, les extraits para-thyroïdiens et l'emploi des acides aminés, en injections intra-musculaires par séries répétées de mois en mois ou de deux mois en deux mois suivant les résultats. Nous n'y insistons pas autrement.

Mais, bien que nous ne puissions encore juger, par manque de recul de temps, le pourcentage de cas d'ulcus du deuxième duodénum susceptibles de réagir favorablement au traitement médical, il semble que dans cette localisation, la thérapeutique soit avant tout chirurgicale.

Si donc, par suite de l'échec du traitement médical, ou par crainte des hémorragies, on se décide à intervenir, trois opérations sont alors possibles :

- la gastro-entérostomie,
- la gastrectomie avec ablation de l'ulcère,
- la gastrectomie pour exclusion.

La gastro-entérostomie seule est une bonne opération et, en 1927, BRUN et RONCHOT s'en montraient pleinement partisans pour l'ulcère de D^{II}. Cependant, comme dans l'ulcère du bulbe, elle s'avère ici encore assez souvent insuffisante; des troubles pouvant apparaître à nouveau après un temps d'accalmie, soit par suite de la persistance de l'ulcère continuant à évoluer, soit par suite de l'apparition d'un ulcère peptique sur la bouche d'anastomose.

La gastrectomie avec ablation de l'ulcère est théoriquement l'opération idéale. Mais, la résection de l'ulcère offre, dans cette localisation, des difficultés toutes particulières. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la dissection de ces ulcères est extrêmement risquée. Dans tous les cas que nous avons rassemblés, nous n'avons pas trouvé un seul cas traité par gastro-ducténectomie. Le voisinage immédiat des canaux pancréatiques, biliaires, et de leurs terminaisons, crée un obstacle insurmontable. Certains chirurgiens qui, comme NEUMANN ont entrepris la libération d'un ulcère géant du deuxième duodénum ont lésé au moins un conduit du carrefour. Dans notre observation N° IV, l'exérèse jugée d'abord possible, dût être abandonnée à cause de l'énorme rétraction de la courbure pancréatique du duodénum.

La gravité de la gastrectomie est donc en rapport

direct avec le siège bas situé de la lésion. Plus celui-ci est bas, plus on risque de blesser le cholédoque et les canaux pancréatiques. Les sutures en bourse sont impossibles. Il est nécessaire de conserver la face externe du duodénum, opposée à l'ulcère pour la rabattre en volet sur le pancréas. Les sutures faites en tissu inflammatoire risquent de lâcher. Enfin, l'importance de la masse tumorale et l'hyperhémie de la région augmentent encore les difficultés.

Il reste donc une troisième possibilité : une gastro-entéro-anastomose complétée par une gastrectomie pour exclusion laissant en place l'ulcère inextirpable. La défense n'en est plus à faire, et MONSAINGEON, dans sa thèse récente, montre qu'elle donne dans la majorité des cas un résultat excellent; elle doit donc être pratiquée de préférence à la gastro-jéjunostomie simple chaque fois que la chose est possible.

Cependant, malgré cela, dans quelques cas, à vrai dire exceptionnels, l'ulcère laissé en place peut continuer son évolution et même se perforer : ce fut le cas dans notre observation N° III.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Consultation de gastro-entérologie
du Professeur Agrégé M. BRULE, à l'Hôpital Tenon).

ALE... Jean, 29 ans.

Souffre de douleurs épigastriques survenant par périodes depuis cinq ans. Il se produit une crise par an qui dure environ vingt jours; entre les crises, le malade ne ressent aucun malaise du côté de l'estomac.

Pendant la crise, les douleurs siègent au creux épigastrique; elles irradient dans l'hypocondre gauche. Sur un fond de douleurs plus ou moins permanentes d'intensité faible, à type de pesanteur et de lourdeur gastrique, se greffent des paroxysmes post-prandiaux survenant une demi-heure à deux heures après le repas, quoique, en réalité, ces paroxysmes n'aient pas d'horaire bien fixe.

Des vomissements surviennent immédiatement après les repas ou au moment des paroxysmes douloureux dont ils entraînent une légère accalmie. Ce sont des vomissements alimentaires. Les selles sont normales : ni diarrhée, ni constipation; il n'y a pas de melæna. (A signaler une dysenterie amibienne contractée au Maroc, en 1930).

Pas de céphalée. L'état général est bien conservé.

Le malade entre dans le service le 6 avril 1938 pour une nouvelle crise qui a débuté il y a une huitaine de jours; cette fois des vomissements sont mêlés de sang. A son entrée dans le service, le malade présente en effet une hématurie abondante. Il est pâle et les muqueuses sont légèrement décolorées. La langue est saburrale.

La palpation de l'abdomen révèle une sensibilité de la

région péri-ombilicale avec défense de la paroi; il existe un point douloureux net, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Le 7 avril, on procède à une transfusion sanguine de 260 cc. et on pratique un lavage d'estomac.

Une numération globulaire faite le 8 avril 1938 donne :

— Globules rouges	4.640.000
— Globules blancs	7.800
— Hémoglobine	80 %

Le malade est mis au repos, à l'atropine, au bismuth, et aux injections d'extraits parathyroïdiens.

Une radioscopie pratiquée le 21 avril 1938 par le Docteur SIMON montre un estomac normal se vidant bien. Le cadre et le bulbe duodénaux sont douloureux à la palpation.

Des clichés radiographiques en série montrent l'existence d'une niche profonde sur le bord interne de la partie supérieure de la deuxième portion du duodénum. (Radiographie I). Elle est visible sur tous les clichés. En face de cette niche, sur le bord externe se trouve une incisure spasmodique. Au-dessous de la niche dans ses 2/3 supérieurs, la deuxième portion se trouve rétrécie; ses bords sont irréguliers. Cette diminution du calibre contraste avec une dilatation de la partie inférieure de cette deuxième portion et de la troisième portion.

Il n'existe aucune modification de l'image gastrique ni de l'image bulbaire.

La crise douloureuse a duré un mois.

Le 28 mai 1938, le Docteur G. D'ALLAINES pratique une gastro-entérostomie : « Laparotomie. Estomac petit, pas d'élévation, lésion gastrique visible. Découverte difficile du duodénum. La face antérieure est intacte. La palpation permet de sentir une zone indurée occupant la face postérieure et le bord externe du deuxième duodénum. On a même l'impression de mettre le doigt dans un cratère à travers la paroi antérieure.

On pratique une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, le plus près possible de la grande courbure et

du pylore. Les conditions anatomiques et la vascularisation intense interdisent en effet toute exérèse. »

Les suites opératoires furent normales.

Six mois après, le malade va bien. Ses crises douloureuses ont disparu.

OBSERVATION II.

(D^r J. DEMIRLEAU, Planche I).

ALI BEN SALAH, 37 ans.

A commencé à souffrir de l'estomac il y a 2 ans. Douleurs après les repas (2 à 3 heures), calmées par les alcalins, non calmées par les repas.

L'examen radioscopique a montré un retard à l'évacuation gastrique, avec contractions vives faisant penser à un ulcus pylorique.

A l'intervention, on trouve un estomac très distendu et des adhérences entre la vésicule, le colon et l'estomac. Il existe un ulcère volumineux de la face pancréatique de la deuxième portion du duodénum, s'accompagnant d'un énorme noyau de pancréatite. Le siège paraît être au-dessus de l'ampoule de Vater. On fait une *gastrectomie* pour exclusion. Il y a une sténose au-dessous du genu superius que le doigt ne parvient pas à franchir.

Les suites abdominales sont parfaites, mais bientôt apparaît une pneumonie caséuse du côté gauche qui emporte le malade en un mois (c'est ce qui a permis d'avoir la pièce que figure la planche I).

OBSERVATION III.

(D^r J. DEMIRLEAU, Planche II).

LOEKREMI ben ALI, âgé de 36 ans.

Le début des douleurs remonte à 2 ans. Douleurs siégeant au creux épigastrique, survenant après les repas et provo-

quant des vomissements. Les douleurs surviennent par crises entre lesquelles le malade ne souffre pas.

L'examen radioscopique révèle l'existence d'une stase gastrique avec dilatation, qui fait porter le diagnostic de sténose du pylore.

L'intervention montre l'existence d'un énorme ulcère de la deuxième portion duodénale avec pancréatite. On fait une exclusion. Le malade se meurt 3 jours après, dans un tableau de péritonite qui révèle à l'autopsie, due à la perforation de l'ulcère laissé en place.

OBSERVATION IV.

(D^r J. DEMIRLEAU, Planche III).

MOHAMED ben AHMED ben KADER, 56 ans.

Se plaint de douleurs depuis trois ans. Les douleurs sont épigastriques, surviennent 1 heure à 1 heure et demie après les repas, et le malade les calme en provoquant les vomissements. Elles surviennent par crises coupées de rémissions assez longues (1 à 2 mois).

Les derniers temps, des vomissements spontanés apparaissent. L'amaigrissement est considérable, avec déshydratation.

Jamais d'hématémèse et le malade n'a jamais remarqué de melæna. L'examen radioscopique montre un estomac distendu; les passages sont très intermittents. Il y a une tache persistante au niveau de la face interne de la deuxième portion.

A l'intervention, l'estomac est énorme. Il existe un très gros ulcère calleux qu'on croit être sur la première portion duodénale.

On fait une section première de l'estomac avec anastomose, type Finsterer. On aborde l'ulcère par la face postérieure du duodénum; son étendue est telle qu'on décide de la laisser en place. On sectionne le duodénum au ras de l'ul-

cère et on ferme le duodénum en rabattant sa face externe qu'on a conservée longue sur le pancréas.

Les suites, d'abord simples, furent compliquées d'une pleurésie et d'une péricardite avec épanchement, qui emportèrent le 11^e jour.

A l'autopsie, la région opératoire était normale, le duodénum parfaitement fermé. le prélèvement de la pièce montra qu'il ne s'agissait pas d'un ulcère de la première portion, mais de la face interne de la deuxième portion. Le fond de l'ulcère était à 2 cm. au-dessus de l'ampoule de Vater; l'ulcère avait rongé le pancréas et ouvert le cholédoque sur plus d'un centimètre.

OBSERVATION V.

(D^r J. DEMIRLEAU, Planche IV).

Malade âgé de 28 ans, souffrant par crises depuis 2 ans. Douleurs sans horaire fixe. Il vomit après les repas. *L'examen radioscopique* montre une légère stase, un estomac dilaté. Après 10 minutes d'attente, le passage baryté n'est pas observé. On note des mouvements anti-péristaltiques. Le pylore est déformé. Conclusion : *sténose pylorique*.

L'intervention montre un ulcus volumineux, qui semble être, à la face postérieure du pylore et térébrant dans le pancréas.

On fait une gastrectomie de gauche à droite et on aborde l'ulcère par sa face postérieure; la traction gastrique entraîne l'ouverture de l'ulcère qu'on est obligé d'enlever. Comme il semble qu'on soit près du pylore, on décolle le duodénum du pancréas et on ferme le duodénum en bourse au-dessous de la zone ulcéreuse.

Le malade meurt à la 26^e heure dans le collapsus et l'agitation. L'autopsie montre que l'ulcère s'étend sur toute la partie sus-vatérienne de la deuxième portion et que la section du duodénum a été faite sous l'ampoule.

Pourtant, à cette date, nous commençons à bien connaître ce type d'ulcère. A l'exploration, il nous avait bien semblé qu'il s'agissait d'un ulcère de la première portion et que, pour difficile qu'en soit l'exérèse, elle ne pouvait présenter aucun danger pour le cholédoque.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcus de la deuxième partie du duodénum est parmi les ulcères digestifs une localisation rare dont les observations se comptent. Nous n'en avons relevé que 93 dans la littérature, y compris les observations inédites que nous rapportons.

II. — Cette localisation spéciale de l'ulcère duodénal semble plus fréquente chez les musulmans de l'Afrique du Nord, sans qu'on puisse en déterminer les raisons exactes. Le pourcentage atteint, chez eux, le chiffre de 16 % par rapport aux ulcères bulbaires.

III. — L'ulcère de la deuxième portion du duodénum siège presque toujours dans la portion sus-vatérienne de D^{II}. Dans la règle, ces ulcus sont térébrants, creusent le pancréas, s'accompagnant de grosses réactions inflammatoires de péri-duodénites, de pancréatites. L'ensemble forme une masse tumorale inflammatoire souvent volumineuse avec hyperémie des tissus et très riche vascularisation.

IV. — Le syndrome clinique ne diffère pas essentiellement de celui de l'ulcère bulbaire. Cependant les formes atténuées et atypiques sont plus fréquentes.

Le siège même de la lésion explique les formes

cliniques spéciales que cet ulcère peut présenter en rapport avec des réactions hépato-vésiculo-pancréatiques, en particulier, l'ictère par inflammation du pédicule du foie ou œdème de l'ampoule de Vater.

V. — L'ulcère du duodénum descendant semble être un ulcère qui saigne facilement et abondamment. L'hémorragie est dans quelques cas le premier symptôme en date de l'ulcère.

VI. — La radiologie avec de très bons clichés en série, pris selon une technique parfaite, met en évidence, comme dans tout ulcère, le signe capital de l'affection : la niche ulcéreuse du duodénum descendant, signature pathognomonique de la lésion.

De très bonnes radiographies en série permettent aussi de faire le diagnostic différentiel d'avec :

- un diverticule du duodénum,
- une dilatation de l'ampoule de Vater,
- certains ulcères bulbaires quand le bulbe ayant changé de position à cause de la péri-duodénite se place par suite de l'abaissement du genu superius dans le prolongement de D^{II}.

VII. — Le traitement de tels ulcères est encore presque uniquement chirurgical.

Trois opérations sont possibles :

- la gastrectomie avec ablation de l'ulcère,
- la gastro-entérostomie,
- la gastrectomie pour exclusion, laissant l'ulcère en place.

La première exérèse de la lésion est pratiquement toujours impossible, étant données les conditions anatomiques, du fait des rapports du deuxième duodénum avec les organes voisins et de la vascularisation intense de la région intéressée.

La gastro-entérostomie, quoique parfois satisfaisante, ne suffit souvent pas à arrêter l'évolution du processus. L'exclusion par gastro-pyloréctomie doit être préférée. Seule, elle donne des résultats sûrs et convient à la majorité des cas.

Vu : Le Président de Thèse,

A. LEMIERRE.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIZABALAGA. — Sténose du duodénum. *Ann. de la Faculté de Méd.*, Montévideo, Janvier 1926, p. 1.
- AKERLUND. — Röntgenologische Studien über den Bulbus duodeni. *Acto Radiologica*, Suppl. I, 1921.
- Röntgenologiska Duodenal observationer. *Hygica*, 1919, p. 450.
- The Roentgen Diagnos of ulcus duodeni with respect to the local « direct » Roentgen symptoms. *Acta Radiol.*, Vol. II, p. 15, 1923.
- Later esperiences concerning the niche diagnosis in cases of duodenal ulcer. *Acta Radiol.*, vol. VIII, p. 538, 1927.
- Présent day criteria of X-ray diagnosis of duodenal ulcer. *The Am. Journ. of Surgery*, 1931.
- BAMBOS (A.). — Contribution à l'étude de la gastrectomie pour exclusion dans le traitement de l'ulcère duodénal non réséquable. *Titres et travaux scientifiques de Paris*, vol. 10, 8.
- BERGMANN. — Ulcus duodeni. *Sonderabdruck ans den Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und chirurgie*, Suppl. IV, 1923.
- BIGNAMI. — Sull'ulcera extrobulbare del duodeno. *Quade:ni Radiologici*, Vol. III, p. 207, 1932.
- BIGNAMI (G.). — Ulcères extra-bulbaires du duodénum. *Radiol. Méd.* Août 1937, p. 660.
- BJORN-KOHLER. — Sur le diverticule duodénal. *Acta Chir. Scand.*, 29 août 1932, p. 59.
- BLOCH (J. Ch.). — Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. *Bull. méd.*, 29 janvier 1938, p. 63.
- BONORINO UDAONDO. — Sobre el diagnostico fotografico de

- las ulcerationes del duodeno. *Rev. Asoc. Med. Arg.*, Buenos-Aires, 1916, XXV, p. 131.
- BOUSQUET et BROUSTET. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. Com. à la Soc. Anato-mo-clinique de Bordeaux. Séance du 28 novembre 1927; *Journ. de Méd. de Bordeaux*, Février 1928, p. 97.
- BONNEAU. — Diverticules du duodénum. *Presse médicale*, 26 septembre, 1923.
- BRDICZKA. — Die tumoren des bulbus duodeni und ihre röntgenologisch Diagnose. *Röntgenpraxis*, vol. III, p. 625, 1931.
- Das grosse ulc. duodeni in Röntgen bilde. *Forschr. a. d. Ged. du Röntgenstrahlen*, vol. XLIV, p. 177, 1931.
- BRUN et RONCHOT. — Les ulcères gastriques et duodénaux chez les indigènes de Tunisie. *Paris médical*, 29 janvier 1927.
- BUCQUOY. — L'ulcère duodénal. *Arch. génér. de Méd.*, 1887, p. 398, 526, 691, volume I).
- CABANIE. — Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum. Anomalie cholédocienne, détail de technique pour la suture duodénale. *Maroc méd.*, 15 août 1935, p. 319.
- CADE. — L'ulcère du duodénum. *Lyon méd.*, 1925, p. 333.
- CASE (de). — Röntgen observations on the duodenum with special references to lesions beyond the first portion. *Am. Journ. of Röent.* Vol. III, p. 314, 1916.
- CHAPUY (A.). — Les différentes localisations des ulcères gastro-duodénaux. *Soc. nat. méd. et Soc. méd. de Lyon*, 2 fév. 1938.
- CLAIRMONT et SCHINZ. — Zur diagnose und chirurgie der Duodenal divertikel. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, vol. CLIX, p. 304, 1920.
- COLE et ROBERTS. — Diverticules duodénaux. *Surg. Gynéc. and Obst.*, 1920, n° IV.
- COLLETAS. — Radiographie des ulcères duodénaux. *Thèse Paris*, 1935.
- COMBY. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Thèse de Bordeaux*, 1929-1930.

- CRANE. — Behavior of the Stomach in Ulcer and Cancer of the duodenum. *Am. Journ. of Roentg.*, vol. IX, 1922, p. 101.
- CRYMBLE. — *The British Journal of Radiologie*, Mars 1929, p. 133.
- DEFRISE. — Perforation d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Atti e memoire della Societa lombarda, di chir. Milan*, vol. IV, n° 7, Mars 1936.
- DEMIRLEAU (J.). — A propos de la gastrectomie dans les ulcères duodénaux des musulmans tunisiens. *La Tunisie médicale*, Janvier 1937.
- DESMAREZ et MARCHAND. — Ulcère traumatique gastro-duodénal. *Soc. méd. légale de France*, 13 décembre 1937 et 9 mai 1938.
- DESTRIÉ. — Quelques cas de diverticules du duodénum. *Soc. chir. Hôp. de Bruxelles*, Janv.-Févr. 1938.
- DUCASTAING. — Ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum. *Soc. nationale de Chir.*, séance du 21 décembre 1932, *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1932, p. 1601.
- DUVAL et BASSET. — Coexistence d'une sténose de la troisième portion du duodénum par compression mésentérique et d'un ulcère de la première ou de la deuxième portion. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1932, XLVIII, p. 391.
- DUVERNAY. — L'ictère dans l'ulcère duodénal. *Thèse de Lille*, 1929.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. Rapport XVI, *Congrès Français de Méd.*, Paris, 1922, p. 1.
- ESCANDE. — Ulcère duodénal ayant intéressé le pancréas. *Marseille Méd.*, 1913, vol. L, p. 236.
- FISSINGER. — Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques et duodénaux. *Journ. des Praticiens*, 1922, p. 764.
- FORSELLE et KEY. — Ein divertikel an der pars descendens duodeni mittels Röntgenuntersuchung diagnostiziert und operatio entfernt. *Fortschr. a. d. leb. d. Röntgenstrahlen*, vol. XXIV, p. 48, 1917.

- GALLART-MONES. — Ulcus duodénal de forma icterica. *Congresso Nacional de Pathologia Digestiva, Valencia, Mars 1931.*
- GARIN et BERNAY. — Trois cas de duodénum en M avec ulcère duodénal loin du bulbe. *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, Séance du 21 décembre 1936.
- GAVAZZENI. — L'ulcera extrabulbare del duodeno. *Arch. It. d. Malattie dell'app. digerente*, vol. II, p. 561, 1933-34.
- GOSSET. — Sténose duodénale. *Précis de Pathol. chir.*, 1911, t. IV, p. 431.
- GUTMANN. — Indications de la radioscopie et de de la radiographie dans les maladies du tube digestif. *Presse méd.*, 14 février 31.
- L'ulcère duodénal. *Monde Médical*, 1931, p. 793.
- A propos du duodénum mobile. *Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, Séance de mai 1932.
- Diagnostic et évolution radiologique de l'ulcère duodénal. *Bull. e. Mem. della Soc. Piemontese di chir.*, Séance du 29 avril 1933.
- Les syndromes douloureux de la région épigastrique. Paris, 1934, t. I, p. 76, 196, 585; T. II, p. 82, 223, 323.
- Les erreurs de diagnostic dues au duodénum mobile. *Soc. de Radiologie*, n° de mai 1937.
- GUTMANN et DEMOLE. — Sur l'origine des hématomés. *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, Séance du 29 avril 1932.
- GUTMANN et HOANG (D.). — L'ulcère pos. bulbaire. *Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de France*, Juin 1937.
- HARTMANN. — Traitement des ulcères perforés en péritoine libre. *Soc. Nat. de Chir.*, Séance du 17 octobre 1923.
- HERRNHEISSER. — Carzinomatoses pseudo-divertikel der pars descendens duodeni. *Fortschr. a d. Ged. Röntgenstrahlen*, vol. XXVIII, p. 384, 1921.
- HERTZ. — Vingt-quatre observations d'ulcère duodénal. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 845.
- HILLEMANT et GARCIA-CALDERON. — Les diverticules du duodénum. *Science médicale pratique*, mai 1934.

- KENTY. — Chronic duodenal stenosis. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXVIII, p. 444.
- KNUTSSON. — Die Nischendiagnostik bei schr. grossen Duodenal geschwüren. *Acta Radiol.*, vol. XIII, p. 35, 1932.
- LAGOUTTE. — Des perforations brusques de l'ulcère duodénal en péritoine libre. *Lyon chir.*, 1^{er} mars 1912, p. 241.
- LAMARQUE. — Précis de Radio, Diagnostic. Paris, 1932.
- LE DAVIS. — Récurrent duodénal ulcer. *Surg. chir. N. Am. Philadelphie*, 1922, vol. II, p. 947.
- LEDoux-LEBARD. — Manuel de radio-diagnostic, clinique. Paris, 1933.
- LEFEBRE. — Duodéno-pancréatectomie céphalique pour ulcère duodénal simulant un cancer. *Jour. de Méd. de Bordeaux*, 10 septembre 1931.
- LEFEBRE, VERGER et LAPORTE. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Séance du 22 janvier 1936.
- Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Gas. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 12 avril 1936.
- LE NOIR, GIBSON et BARIETY. — Diverticules du duodénum. *Arch. des maladies de l'App. digestif*, Mars 1924, p. 252.
- LEVEN (G. et R.). — Une thérapeutique nouvelle de l'ulcère du duodénum. *Soc. thérapeutique*, 9 décembre 1937.
- LINDBLOM. — Altérat. radiologiques de l'estomac et du duodénum dans les pancréatites, 1928, p. 255.
- LOSSEN et SCHNEIDER. — Zur Klinik des tiefen duodenalulcus. *Arch. f. Klin. chir.*, vol. CXXXVII, p. 446, 1925.
- LOUBET. — Ulcus du duodénum. *Thèse Marseille*, 1936
- LUCARELLI. — L'ulcère extrabulbaire du duodénum, étude clinique et radiologique de 21 cas. *Archives Ital. de chir. de Boulogne*, 13^e année, N° 40, 4 juin 1935, p. 341.
- MAC CARTY. — Excised duodenal ulcers, a report of poser hundred and twenty five specimen. *J. A. M. A.*, LXXXIII, p, 1894, 1924.
- MAC CARTY (W. C.). — The pathologie of the gall-bladder and some associated lesions. *Annals of Surg.*, 1910, p. 651.

- MONDOR. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, Paris, 1923.
- MOYNIHAN. — Duodenal ulcer. Philadelphie, Londres, 1910.
- MAYO ROBSON. — Traitement de l'ulcère du duodénum. *British Medical Journal*, 2 février 1904.
- NAVARRO. — Obstruction chronique et totale du duodénum. *Journ. de Radiol*, Montevideo, 1922, p. 143.
- PARTURIER et AIMARD. — Ulcus de la deuxième portion du duodénum. Contribution à la séméiologie objective clinique et radiologique sur dix-huit cas. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, XLIV, p. 1666, 31 décembre 1920.
- PAUCHET. — Ulcère du duodénum. *Arch. de l'App. digestif*. Paris, 1908, t. II, p. 95.
- PERAIRE. — Un cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum, suite d'ulcère. *Soc. des Chir. de Paris*, 5 novembre 1920, *Paris Chir.*, 1920, p. 446.
- POLONY. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 2 février 1929.
- PORTIS. — Ulcer of the second portion of the duodenum. *Philadelphie, Med. chir. N. Amer.*, 1921-1922, vol. V, p. 1554.
- ROSSONI. — Un caso di ulcera duodenale extrabulbare. *XI^e Congresso Italiano di radiologia Medica*, Septembre 1934.
- Contribut. casistico studio dell'ulcera extrabulbare del duodeno. *Radol. Med.*, 1935, vol. XXII, p. 225.
- SACK. — Beitrag zur magen und duodenal diagnostic. *Röntgenpraxis*, 1934, vol. VI, p. 541.
- SINGER. — Ulcus duodeni. *Specielle pathologic und therapie innerer Krankheiten*, vol. VI, 1922.
- STARTZ. — Duodenal carcinoma. *Radiology*, vol. 25, 1935.
- STURLEVANT et SCHAPIRO. — Statistique sur les ulcères. *Arch. of Int. Méd.*, Juillet 1926, p. 96.
- SUTTON. — Lecture sur l'ulcère récent et ancien et sur l'ulcère du jéjunum correspondant à l'ulcère du duodénum. *Lancet*, 19 février 1916, p. 387.
- TANDOJA. — Rares signes radiologiques des maladies du

pancréas. *Arch. Electr. Med. et Physioth. du cancer*, 1928, p. 483.

THÉVENARD. — Ulcère de la seconde partie du duodénum chez un enfant de onze ans.

TIPREZ et DUMONT (Mlle). — Deux nouveaux cas d'ictère dans l'ulcère duodénal. *Soc. Méd. du Nord*, Juillet 1930.

TIPREZ et WAREMBOURG. — L'ictère dans l'ulcère duodénal. *Soc. de Méd. du Nord*, Janvier 1929.

TOMODA (M.). — Résultats chirurgicaux concernant les ulcères gastro-duodénaux d'après 433 cas observés au Japon. *Arch. Klin. Chir.*, 16 sept. 1937, p. 134.

TOYE-LAZARIN. — L'ulcère duodénal post-bulbaire. *Thèse Montpellier*, 1937.

VANDORF. — Recherches expérimentales sur l'étiologie de la maladie ulcéreuse de l'estomac.

VIA (E.). — Contributo alla conoscenza radiologica della ulcera della seconda porzione del duodeno. *Arch. ital. d. mal. d. app. digest.*, 4, 44-59, Mai 1935.

VIVIANI. — Contributo alla conoscenza dell'ulcera extrabulbare del duodeno. *Rad. Med.*, 1930, vol. VI, p. 698.

— Ulteriore contributo alla conoscenza dell'ulcera extrabulbare del duodeno. *Riv. di Radiol. e fis. med.*, 1931, vol. III, p. 372.

WOLKE. — Ulcera in der pars descendens duodeni. *Acta Radiologica*, Août 1936, vol. XVII, p. 371.

WYLIE. — Duodenal ulcer major and minor. *Brit. j. Radiol.*, 9, 509-525, Aug. 1936.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	13
II. HISTORIQUE	17
III. NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	20
IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE	25
V. SYMPTOMATOLOGIE	40
VI. FORMES CLINIQUES	47
VII. COMPLICATIONS	52
VIII. SIGNES RADIOLOGIQUES	59
IX. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	66
X. TRAITEMENT	77
XI. OBSERVATIONS	80
XII. CONCLUSIONS	86
XIII. BIBLIOGRAPHIE	89

